**TERMO DE ANUÊNCIA**

**(Importante estar em papel timbrado da instituição concedente da anuência)**

Valença-RJ, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Pelo presente, a(o) DIRETOR DO HOSPITAL /RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO XXXX manifesta sua anuência ao desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado TÍTULO DO PROJETO a ser desenvolvido por NOME COMPLETO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA a ser orientado por NOME COMPLETO DO ORIENTADOR, da FACULDADE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo do responsável pela Instituição