

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CESCAGE  
(preferencialmente utilizar papel timbrado da instituição onde será realizada a pesquisa)

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, nome da pessoa, cargo que ocupa em qual instituição, autorizo que as coletas de dados necessárias à execução do projeto de pesquisa intitulado “TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA”, do(a) acadêmico(a) orientado(a) pela titulação e nome do orientador(a), professor(a) o curso de Graduação de Fisioterapia do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE, sejam realizadas no(a) local da instituição pelo qual sou responsável.

Atenciosamente,

---

Nome e carimbo institucional do responsável

Cidade, dia de mês de ano.