

MODELO - Declaração de Consentimento de participação da Instituição em papel timbrado e assinado pelo diretor clínico.

À Comissão do EMTN à obra,

Eu _____, CRM _____, UF _____, Diretor clínico do Hospital _____ (colocar o cargo do responsável e anexar uma cópia simples da identificação profissional – CRM), situado na cidade de _____, no Estado _____, declaro que a minha instituição denominada acima está ciente da participação no programa “EMTN à Obra” em prol da equipe multiprofissional de terapia nutricional.

(Cidade e data)

Assinatura (original) e carimbo do Diretor da instituição com firma reconhecida em cartório

Observações:

- 1. Deverá ser em papel timbrado da instituição**
- 2. Não será aceito assinatura digital**