**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO SUPORTE ASSISTENCIAL**

**[INSTITUCIONAL OU/E PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA PARA**

**INTERCORRÊNCIAS ADVINDAS E/OU IDENTIFICADAS NA PESQUISA]**

Declaro para os devidos fins, que o(a) pesquisador(a) **[nome completo do(a) pesquisador(a) responsável],** portador(a) do RG no **[número da identidade],** CPF **[número do CPF],** e demais membros da equipe de pesquisa estão autorizados a encaminhar para a **[nome completo da instituição, se aplicável]** os participantes da pesquisa **[título completo da pesquisa]** que apresentarem **[descrever as condições pelas quais os participantes serão encaminhados],** com a finalidade de realizarem **[informar o suporte que será ofertado aos participantes].**

 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL]**

**[CARGO/FUNÇÃO/PROFISSÃO]**

**[CARIMBO]**