**ANEXO II – MODELO DE ATESTADO DA FORMA DE ATUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA**

**(MODELO)**

À Coordenação do Curso de Especialização em Pesquisa Clínica (HAOC/PROADI-SUS/MS).

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Nome completo do(a) gestor(a)]**, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Número do CPF]**, ocupante da função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Nome da função]**, na instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Nome da instituição]**, inscrita no CNPJ **[Número do CNPJ]**, atesto, para os devidos fins, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Nome completo do(a) candidato(a)]** trabalha no setor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Nome do setor]**, sob o regime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Celetista, concursado, bolsista ou prestador de serviço]** nesta instituição desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Data de início: DD/MM/AAAA]**.

Declaro que o(a) candidato(a) possui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[X anos e Y meses]** de experiência em pesquisa clínica, estando plenamente apto(a) a participar da seleção para o Curso de Especialização em Pesquisa Clínica, conforme Edital n° XX de 28/03/2025, promovido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Adicionalmente, declaro que o(a) candidato(a) atua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[direta ou indiretamente]** na área de pesquisa clínica, desempenhando as seguintes atividades:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Descrição da atividade 1]**
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Descrição da atividade 2]**
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Descrição da atividade 3]**
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Descrição da atividade 4]**
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[Descrição da atividade 5]**

Local, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Nome do gestor responsável

Cargo/Função na instituição