**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO HCFMUSP E FFM**

A/C EPeClin – Escritório de Pesquisa Clínica – HCFMUSP

Eu , portador (a) da Cédula de Identidade RG nº , inscrito (a) no CPF sob nº , declaro para os devidos fins que não possuo vínculo empregatício com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), bem como, com a Fundação Faculdade de Medicina (FFM).

São Paulo,\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Nome completo do proponente