

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que eu\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, Médico(a) Veterinário(a) CRMV\*\*\* /\*\*\* Nº\*\*\* , serei o Responsável Técnico pelas atividades relacionadas à metodologia onde envolver o uso de animais em experimentação, referente ao Projeto de Pesquisa/Aula Prática/Treinamento intitulado: “\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*” **.**

Parnaíba-PI, \*\*/\*\*/2020.

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

Assinatura do Médico(a) Veterinário(a)

Carimbo/CRMV:

Telefone do Médico(a) Veterinário(a):

E-mail do Médico(a) Veterinário(a):