

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES

Eu, _____,

portador(a) do CPF nº _____,

vinculado(a) à instituição _____,

me disponibilizo a atuar como membro efetivo da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), de forma voluntária e não remunerada, prestando um serviço consultivo para geração, análise e disseminação de dados aplicados às políticas públicas de saúde no Brasil, e fornecendo todas as informações pertinentes para a execução desta atividade, assim como me comprometo com a confidencialidade necessária sobre as informações produzidas até a publicização oficial pela Rede. Diante do exposto, declaro para os devidos fins, que não possuo nenhum tipo de conflito de interesse que impeça minha participação como colaborador dessa Rede.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas.

Assinatura do representante da instituição

_____/_____/_____
Local e data