**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EXCLUSIVO COM A FACULDADE DE MEDICINA DA USP OU HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP**

Eu, ................................................................................................, declaro ter ciência de que o Programa de Incentivo a Produtividade Acadêmica da FMUSP – PIPA “modalidade C”, destina-se aos pesquisadores não docentes da FMUSP e HCFMUSP que prestam assessoria/consultoria **restritas e exclusivas** à Fundação Faculdade de Medicina – FFM. Declaro ainda que não exerço nem exercerei, durante o período em que estiver inscrito(a) no Programa de Incentivo a Produção Acadêmica da FMUSP – PIPA, qualquer outro cargo, ocupação, função ou atividade, mesmo que não remunerada, de caráter público ou particular, a não ser nos casos expressamente autorizados pela Comissão de Pesquisa da FMUSP.

São Paulo, ........ de ............................ de 20.......

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

(assinatura)