|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA** |

**DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO PRÓPRIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** no qual sou pesquisador(a) responsável,possui financiamento próprio.

Salvador, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

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

Pesquisador(a) Responsável