

**DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DE AUTORIZAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DE CANDIDATURA AO PRÉMIO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE®**

*(Nome )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* portador do BI/CC n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ válido até\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, emitido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_, a desempenhar o cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em representação de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Instituição), declara que tomou conhecimento e autoriza a apresentação da candidatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (designação do projeto) ao Prémio de Boas Práticas em Saúde®, cujo responsável é \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do responsável do projeto).

Data

Assinatura