



**Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde
e Medicina Investigativa**

IGM-FIOCRUZ

De: _____
(nome por extenso)

Instituição/Programa de Pós-graduação: _____

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Declaro, para os devidos fins, que tendo sido convidado a participar como membro da Banca Examinadora do processo seletivo para o Mestrado no Programa de Pós-graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa – PgBSMI/Fiocruz, semestre de 2019.1, declino este convite por reconhecer a existência de conflito de interesses impeditivo para o exercício desta atividade.

Salvador, ____ / ____ / ____ .

Assinatura