TIMBRE DA INSTITUIÇÃO EM QUE SERÁ REALIZADA A PESQUISA Modelo - DECLARAÇÃO de AUTORIZAÇÃO da INSTITUIÇÃO

**Obs.: Usar esse modelo para as pesquisas.**

Cidade-Estado, / /

Eu, (nome por extenso e sem abreviatura do responsável pelo local) declaro ser conhecedor e concordar com os objetivos e metodologias do projeto de extensão (título e Edital) e que a fim de viabilizar sua plena execução, sob a coordenação do professor/a (nome por extenso do/a coordenador/a) e com a participação dos/as extensionistas (nome por extenso– todos) será realizada no/a (nome por extenso do serviço – local onde será feita a coleta de dados).

Assim mesmo, conforme a resolução CNS/MS 466/12, o/a professor/a cordenador/a assume a total responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005).

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos pelo projeto referenciado acima possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe (especificar o meio caso deseje – palestra, folder e demais).

De acordo e ciente,

Assinatura do responsável

Nome completo, por extenso, CPF ou CR. Carimbo ou marca d’água do serviço do.

Diretor ou responsável pela Instituição (escola, clínica, indústria, hospital e demais)