**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL**

**Apagar esta informação após a leitura.**

**Obs.: Se a pesquisa for realizada no Centro Universitário FAI esta declaração deve ser assinada pela Reitoria (em nome do Cleonir) e deve ser mantida a folha timbrada da UCEFF.**

**Caso seja em outro local, deve ser assinada pelo Chefe de departamento ou cargo equivalente e não deve ser usada a folha timbrada da UCEFF.**

**Cidade / UF**,dia / mês / ano.

**Ilma Sra.**

**Profa. Dra. Fabiana Raquel Mühl**

***Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa***

***Centro Universitário FAI***

Prezada Coordenadora,

Eu, (nome por extenso e sem abreviatura do responsável pelo local) declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado (título do projeto por extenso), sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) (nome por extenso dos responsáveis pela pesquisa – todos) que a (nome por extenso do serviço – local onde será feita a coleta de dados), conforme Resolução CNS/MS 466/12, assume a 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 (240/1997, 251/1997, 292/1999, 304/2000, 340/2004, 346/2005, 370/2007 , 441/2011 e 510/2016), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos 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 Diretor ou responsável pela Instituição (escola, clínica, indústria, hospital e demais)**