**INTENÇÃO DE PESQUISA**

Ao/À \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pesquisador(a) principal e responsável pelo projeto de pesquisa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar se graduação/TCC, Iniciação Científica (IC), Mestrado, Doutorado, Pós Graduação *Lato Sensu),* vinculado ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, com Registro ativo número/UF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ junto ao Conselho de Classe  CRMV; CRBIO; ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (outro/especificar), Professor da Universidade Paulista UNIP com registro funcional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, Brasil, tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cujos participantes são: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo de todos os demais participantes).

Estou ciente de que a Coleta de dados a campo (amostras biológicas) desse projeto somente poderá ser realizada, após a aprovação do sistema Sisbio (https://www.icmbio.gov.br/sisbio/) e pela aprovação expressa da CEUA Comissão de Ética no Uso de Animais em pesquisa da UNIP.

Local e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| *Assinatura do (a) pesquisador(a) principal* |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Responsável pela Instituição Coparticipante (quando for o caso)*  Nome completo por extenso, Assinatura e Carimbo (obrigatórios)  Obs.: as duas assinaturas devem ficar na mesma página. Caso necessário imprimir, assinar e escanear em folha única. Não será aceita intenção de pesquisa assinada por pessoa que trabalhe na Instituição mas não responda por ela. |