**AUTORIZAÇÃO**

Eu <NOME DO CORDENADOR DO CURSO>, responsável pela <COORDENAÇÃO DO CURSO OU POS GRADUAÇÃO>, autorizo a realização da Pesquisa intitulada <TÍTULO DA PESQUISA>.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de <NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL> e <NOME DOS ACADÊMICOS ENVOLVIDOS, Nº DE MATÍCULA NO CURSO E CPF DE CADA ACADÊMICO>, no período de......../........./..........a........./........./........... .

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16.

Local, ano e data.

Atenciosamente,

|  |
| --- |
| Nome Completo do coordenador do Curso de Graduação ou da Pós graduação  Nº CPF e Matricula na IES |