**Termo de Autorização da URI – Campus de Erechim**

Nós, Professores Paulo Roberto Giollo e **(Coordenador da Clínica na URICEPP)** abaixo assinado(s), respectivamente, Diretor Geral da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim e Coordenador da Clínica Escola de **NOME DA CLÍNICA**) da URICEPP, autorizamos a realização do estudo **(informar o título do projeto)**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fomos informado(s) pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual representamos. O objetivo principal da pesquisa é **(Inserir o objetivo principal)** .

Serão as seguintes atividades: **(Descrever a metodologia da pesquisa, todos os passos a serem seguidos no desenvolvimento do projeto na instituição)**.

Autorizamos a utilização dos seguintes materiais, equipamentos e dependência(s): **Descrever materiais/ equipamentos, conforme a necessidade, o(s) local(is) (dependências,) onde será feita a intervenção, ou seja, descrever em pormenores onde o equipamento será utilizado, se na instituição ou em outro local )**.

Declaramos ainda que, os pesquisadores devem estar cientes e sujeitos ao regramento da instituição para acesso a ambientes, profissionais, pacientes e bancos de dados (considerando o que apregoa a Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis), além da observância das regras de biossegurança, até o término da pesquisa, sob pena da retirada da autorização, sem aviso prévio.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, ........ de .......................de 20.......

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela Clínica Escola de (**Nome da clínica)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**Lista Nominal de Pesquisadores:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observação:** todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.