

FEBRACE 2020 - 18ª Feira Brasileira de Ciências e Engenharia

Formulário para Cientista Qualificado (2)

OBRIGATÓRIO para pesquisas que envolvam seres humanos, animais vertebrados, agentes biológicos potencialmente perigosos e substâncias controladas. **Deve ser preenchido e assinado antes do início do projeto.**

Nome(s) do(s) Estudante(s):

Título do Projeto:

Deve ser preenchido pelo Cientista Qualificado (qualificado na área de pesquisa do projeto – pode ser o Orientador do projeto):

Nome do Cientista:

Grau de Especialização:

Formação:

Experiência / Treinamento relacionado à área de pesquisa do Estudante:

Cargo:

Instituição:

Endereço:

Email/Telefone:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1) Você foi informado sobre as regras relevantes à realização deste projeto? | Sim | Não |
| 2) A pesquisa envolverá algum dos itens abaixo? | | |
| a) Participação de Pessoas (incluindo pesquisas de opinião) | Sim | Não |
| b) Animais Vertebrados | Sim | Não |
| c) Agentes biológicos potencialmente perigosos (micro-organismos, rDNA e tecidos incluindo sangue e subprodutos) | Sim | Não |
| d) substâncias controladas | Sim | Não |
| 3) A pesquisa do estudante é uma subdivisão de sua pesquisa ou trabalho? | Sim | Não |
| 4) Você supervisionará o estudantes diretamente? | Sim | Não |
| a) Se não, quem fará esta supervisão como Coorientador? | | |
| b) Experiência / Treinamento deste Coorientador: | | |

| | |
|---|---|
| Deve ser preenchido pelo Cientista Qualificado: Eu certifico que li e aprovei o Plano de Pesquisa do projeto antes do início da pesquisa. Se o estudante ou coorientador designado não estiverem preparados para alguns procedimentos necessários, eu garantirei o seu treinamento. Eu farei consultoria e supervisionarei a pesquisa. Eu tenho conhecimento de trabalho nas técnicas descritas pelo estudante em seu Plano de Pesquisa . Eu compreendo que o coorientador é indispensável quando o estudante está realizando a pesquisa sem a minha supervisão. Nome do Cientista Qualificado Assinatura _____ Data de Aprovação | Deve ser preenchido pelo Coorientador quando o Cientista Qualificado estiver impossibilitado de supervisionar o estudante. Eu certifico que li o Plano de Pesquisa e fui treinado nas técnicas que serão utilizadas pelo estudante e supervisionarei a pesquisa diretamente. Nome do Coorientador Assinatura _____ Data de Aprovação Email _____ Telefone (com DDD) |
|---|---|