|  |
| --- |
| NESTE ESPAÇO INSERIR CABEÇALHO E TIMBRE DA INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS SERÃO COLETADOS |

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS**

Declaro para os devidos fins que, autorizo a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso e assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento do mesmo, que tem como título “.........................................................................”. Será realizado pela acadêmica(o)................................................................,do curso.............................da Sociedade Educacional Três de Maio – SETREM/RS, sob orientação do(a) Professor(a) ........................................................................ Declaro ainda que, para efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e, como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa e cumprirei os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo e apoio a sua execução nos termos propostos.

Nome da cidade da coleta de dados, data

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

Nome do responsável, cargo e carimbo