



**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ACERVO DE
PRONTUÁRIOS, EXAMES IMAGINOLÓGICOS E
MODELOS**

Pesquisador(a): _____

Curso: _____

Coordenador: _____

Projeto de pesquisa: _____

Declaro que o interessado acima identificado, e exclusivamente para o referido projeto, está autorizado a acessar o acervo de prontuários, exames imaginológicos e/ou modelos, respeitando as regras acordadas com os responsáveis. O aluno se compromete em respeitar o sigilo quanto a identificação dos participantes da pesquisa durante a coleta e divulgação dos dados.

O aluno está ciente de que os gastos com material ou equipamentos ficarão sob sua responsabilidade.

Declaro, finalmente, que o aluno interessado já está ciente de todas as condições determinadas por este laboratório / clínica.

Data:/...../.....

Laboratório/Clínica/Departamento: _____

Responsável: _____

Assinatura e Carimbo: _____