

## FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA CURSO PRÁTICO

## DADOS

Nome do Responsável:

CRM:

Título do curso:

Período:

## AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Plano de trabalho:

Atividades que serão desenvolvidas:

Informações Complementares:

## AUTORIZAÇÃO CHEFE(S) DE SETOR(es): Assinale apenas UMA opção

☐ Interrupção a partir de:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Renovação:

☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ NA☐ Cancelamento definitivo a partir de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_☐ Mudança de Administrador  
☐ Mudança de Responsável☐ Autorização Inicial☐ Mudança no projeto de pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do chefe de Setor

## PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA

☐ Aprovado ☐ Aprovado Com Sugestões\* ☐ Retornar com Modificações para Avaliação\*  
☐ Recusado

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do responsável pela avaliação

\*