|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO(A) PROPONENTE** |
| 1.1 | Nome: **\*** | NOME COMPLETO, SEM ABREVIAÇÕES. |
| 1.2 | Número de Matrícula: **\*** | MATRÍCULA, PARA ALUNOS APENAS. | Titulação: **\*** | Escolher um item. |
| 1.3 | Curso: **\*** | Escolher um item. | Período: **\*** | Escolher um item. |
| 1.4 | Coordenador/ Orientador: **\*** | NOME COMPLETO, SEM ABREVIAÇÕES. |
|  |
| **INFORMAÇÕES DO TRABALHO** |
| 2.1 | Titulo: **\*** | TÍTULO REGISTRADO NO PROJETO DA ATIVIDADE DE EXTENSÃO/PESQUISA. |
| 2.2 | Objetivos da pesquisa: **\*** | OBJETIVOS DECLARADOS NO PROJETO DA ATIVIDADE DE EXTENSÃO/PESQUISA. |
|  |
| **INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO ONDE A ATIVIDADE SERÁ REALIZADA** |
| 3.1 | Nome da Instituição: **\*** | INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A ATIVIDADE. |
| 3.2 | Nome do Responsável: **\*** | RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO, QUE AUTORIZA A ATIVIDADE. |
| 3.3 | Identidade nº: **\*** | Documento de identidade do responsável. | CPF**\*** | CPF do responsável. |
| 3.4 | Localizada na Rua/ Avenida: **\*** | Endereço da Instituição. |
| 3.5 | Bairro: **\*** | Bairro da Instituição. |
| 3.6 | Cidade: **\*** | Cidade da Instituição. |
| 3.6 | Telefones: **\*** | Telefones de contato da Instituição. |
| 3.6 | E-mail: **\*** | Endereço de E-mail da Instituição. |
|  |
| **AUTORIZO O DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE DE PESQUISA/EXTENSÃO ACIMA DESCRITA E DETALHADA A SEGUIR** |
| **TENHO CONHECIMENTO QUE:** |
| **\* A atividade descrita será realizada durante o período de:** | **INÍCIO:** DATA INICIAL **TÉRMINO:** DATA FINAL |
| * No caso de atividade de pesquisa, será feita coleta de dados durante a atividade
 |
| * Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente com finalidade acadêmica e científica, mantendo-se o anonimato dos participantes.
 |
| * Não haverá nenhum tipo de ônus para os participantes da atividade de Pesquisa/Extensão.
 |
| * A atividade deverá ser supervisionada pelo coordenador/orientador declarado neste documento.
 |
| **Por concordamos espontaneamente, assinamos o presente.** |
|  |
| \*Muriaé, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. |
|  | \*Proponente\*Nome: Nome do(a) Proponente |  | \*Responsável pela Instituição\*CARIMBO E ASSINATURA\*Nome: Nome do(a) Responsável |  |
|  |

**O(A) PROPONENTE FICA CIENTE DE QUE O PROJETO SÓ TERÁ SUA AVALIAÇÃO FINAL APÓS A ENTREGA DESTE DOCUMENTO.**

**\*Preenchimento obrigatório.**