

FORMULÁRIO PARA CIENTISTA QUALIFICADO (2)

Necessário para projetos que envolvam substâncias controladas, agentes biológicos potencialmente perigosos, seres humanos e animais vertebrados, tecidos de seres humanos e de animais vertebrados. Deve ser assinado, antes da experimentação.

O Cientista Qualificado e o Orientador podem ser a mesma pessoa desde que tenha a formação e a experiência necessárias na área de experimentação do projeto.

Título do projeto:

Nome(s) do(s) estudante(s):

Para ser preenchido pelo Cientista Qualificado:

Nome do Cientista:

Graduação:

Experiência/Treinamento na área de experimentação do projeto:

Cargo:

Instituição:

Endereço:

E-mail:

Telefone:

1) Você estava ciente das Regras de Pesquisa da MOSTRATEC Virtu@1 2020, antes do início da experimentação?

() Sim () Não

2) Assinale os itens que a pesquisa envolve:

- () Seres Humanos (incluindo pesquisa de opinião)
() Animais Vertebrados
() Agentes Biológicos Potencialmente Perigosos
() Substâncias Controladas
() Tecidos de Seres Humanos e Animais Vertebrados

3) Você irá supervisionar o(s) estudante(s) diretamente? () Sim () Não

Se NÃO,

- a) Quem será o Supervisor Designado da pesquisa? _____
b) Experiência/Treinamento do Supervisor Designado: _____

4) A pesquisa do(s) estudante(s) é uma subdivisão de sua pesquisa ou trabalho? () Sim () Não

Se sim, informe o título do seu projeto: _____

5) Descreva as precauções de segurança e treinamentos necessários para este projeto:

PARA SER PREENCHIDO PELO CIENTISTA QUALIFICADO - CQ:

Certifico que revisei e aprovei o **Plano de Pesquisa**, antes do início da experimentação. Se o(s) estudante(s) ou o Supervisor Designado não estiver(arem) treinado(s) nos procedimentos necessários, eu assegurarei o seu(s) treinamento(s) e supervisão durante a pesquisa. Tenho conhecimento do funcionamento das técnicas a serem usadas pelo(s) estudante(s) no **Plano de Pesquisa**. Entendo que a indicação de um Supervisor Designado é necessária quando o(s) estudante(s) não estiver(arem) conduzindo o experimento sob minha supervisão direta.

Assinatura: _____
Nome do CQ: _____
Data da Aprovação: _____
Telefone: _____
E-mail: _____

PARA SER PREENCHIDO PELO SUPERVISOR DESIGNADO-SD, QUANDO O CIENTISTA QUALIFICADO NÃO PUDER SUPERVISIONAR A PESQUISA DIRETAMENTE:

Afirmo que sou treinado nas técnicas a serem utilizadas pelo(s) estudante(s), antes do início da experimentação e que farei supervisão direta do projeto.

Assinatura: _____
Nome do SD: _____
Data da Aprovação: _____
Telefone: _____
E-mail: _____