

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FOLHA DE ROSTO**  **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM ENSINO E/OU PESQUISA** | | |
| Título do Projeto de Pesquisa ou Aula: | | |
| **PESQUISADOR/PROFESSOR RESPONSÁVEL** | | |
| Nome: | | Cargo/Função: |
| CPF: | E-mail : | Telefone |
| Termo de Compromisso: Declaro ter conhecimento, e concordo plenamente com o cumprimento, dos procedimentos institucionais para o bem-estar animal e princípios éticos da Experimentação Animal. Li e atenderei ao disposto na Lei Nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, e demais normas aplicáveis à utilização de animais em ensino e/ou pesquisa, especialmente as Resoluções Normativas do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA). Tenho ciência de que este formulário, deverá ser assinado por todos os responsáveis e constitui item obrigatório para a apresentação da solicitação de Autorização para uso de animais em ensino e/ou pesquisa.  Data:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | |
| **DIRETORIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ | FMIT** | | |
| Termo de Compromisso do Responsável pela Instituição: Declaro que conheço e cumprirei o diposto na Lei nº11794, de 8 de outubro de 2008, e nas demais normas aplicáveis à utilização de animais em ensino e/ou pesquisa e, estando esta Instituição apta ao desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.  Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | |