

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO **PARA UTILIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS**

Eu, _____, aluno (a) regularmente matriculado no curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá e integrante do projeto de pesquisa “_____

_____”, atesto que recebi o treinamento com o (a) coordenador (a)

do projeto, professor (a) _____ e tenho conhecimento

técnico/científico para utilizar os equipamentos do Laboratório _____

da faculdade de forma autônoma e independente. Portanto, solicito a permissão para utilizar o

laboratório para fins de _____. Afirmo que o uso

para a pesquisa não acontecerá nos horários de aula prática para não atrapalhar as atividades

acadêmicas, e que as atividades do projeto serão realizadas no período de

_____.

_____.

Itajubá, _____, _____ de 20_____.

Assinatura do (a) Aluno (a)

Assinatura do Orientador da Pesquisa