

FORMULÁRIO PARA CIENTISTA QUALIFICADO

Necessário para projetos que envolvam substâncias controladas, agentes biológicos potencialmente perigosos, seres humanos e animais vertebrados, tecidos de seres humanos e de animais vertebrados.

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. Deve ser assinado, antes da experimentação.

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: _____

Instituição/Cargo: _____ Endereço: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

1) Você estava ciente das Regras de Pesquisa da FECET, 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,

Quem será o Supervisor Designado da pesquisa?: _____

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: _____

**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

CQ: _____

Data da

Aprovação: _____

Telefone: _____