

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: _____

Nome do Pesquisador: _____

Regime de Trabalho: Aulista Parcial Integral

Vínculo com o Curso: Medicina Enfermagem Farmácia

Fisioterapia Odontologia

Modalidade: PIC Pesquisa TCC Extensão

Assinatura e carimbo do Pesquisador

Autorização do Coordenador de Curso:

Juiz de Fora ___ de _____ de _____