

**FORMULÁRIO PARA CIENTISTA QUALIFICADO**

***Necessário para projetos que envolvam substâncias controladas, agentes biológicos e químicos potencialmente perigosos, seres humanos e 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) que desenvolveu(ram) o projeto:

Área de pesquisa do projeto:

**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 de segurança, antes do início da experimentação?**

( ) Sim ( ) Não

**2) Assinale os itens que a pesquisa envolve:**

( ) Seres Humanos

( ) Animais Vertebrados

( ) Agentes Biológicos Potencialmente Perigosos

( ) Substâncias Controladas

**mostradocerrado@gmail.com**



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) 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**. Se uma substância que vicié for usada nesta pesquisa, eu certifico que possuo licença adequada. 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: