Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina da UFMG

Departamento (descreva o departamento)

Belo Horizonte, 14 de Julho de 2015 (inserir a data atual).

Caro Prof. Dr. Rubens Tavares

Eu, o Prof. Dr. (inserir o nome do seu orientador), professor do departamento de (descreva o departamento) da Faculdade de Medicina da UFMG declaro ser o Professor responsável pelas atividades dos alunos abaixo relacionados durante a utilização do Núcleo de Experimentação Animal da Faculdade de Medicina da UFMG para a realização de procedimentos relacionados ao(s) projeto(s) de pesquisa(s) descrito(s) abaixo. O tempo de validade desta autorização é de dois anos (ou, por favor, defina outra validade), sendo revogado a partir do final desse período (ou, por favor, defina uma data aproximada, por exemplo, a data de validade do projeto no CETEA-UFMG).

1. Nome do projeto de pesquisa:

2. Departamento no qual o projeto foi aprovado:

3. Número do protocolo CETEA – UFMG: inserir o número

4. Aprovação do CETEA-UFMG até: inserir a data de validade

5. Nome completo do(s) aluno(s) de Pós-Doutorado, pós-graduação, e de Iniciação Científica que autorizados a realizarem experimentos sob sua responsabilidade:

. inserir o(s) nome(s) completo(s)

6. Horário durante o qual autoriza aos seus alunos a utilizarem o Núcleo de Experimentação Animal sob sua responsabilidade:

Por exemplo: acesso livre, incluindo feriados e finais de semana ou determinar o horário.