

CADASTRO DE PESQUISADOR NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EBSEH

1. NÍVEL

- () Graduação – Curso: _____
() Especialização – Curso e Unidade: _____
() Mestrado – Programa: _____
() Doutorado – Programa: _____
() Pós-Doutorado – Programa: _____
() Pesquisa independente - objetivo: _____

2. DADOS PESSOAIS

Nome _____
Identidade _____ Órgão Expedidor _____
Data de Expedição ___/___/___ CPF/Passaporte _____
D N: _____/_____/_____ Naturalidade _____
Nacionalidade _____ Profissão: _____
E-mail: _____ Celular () _____
Conselho profissional: _____

3. DADOS DO PROJETO

- a) Número da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa: _____
b) Orientador: _____
c) Título da Pesquisa: _____

d) Local da Coleta de Dados: _____
e) Período da Coleta de Dados: de ___/___/_____ a ___/___/_____

*** ATENÇÃO: quem não possui acesso ao HC deve anexar 1 (uma) foto 3x4 para confecção do crachá.**

Assinatura do discente: _____

Assinatura e carimbo do orientador: _____

Goiânia, ___/___/_____