**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONFIDENCIALIDADE**

(Esse documento pode ser modificado para inserção de informações das Instituições Externas)

 Declaro para os devidos fins que a(o) (COLOCAR O NOME DA DISCIPLINA/SERVIÇO/SETOR /UNIDADE/ENFERMARIA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse e estamos de acordo com a condução na realização da Pesquisa: (COLOCAR O TÍTULO DO PROJETO) sendo os responsáveis o autor (COLOCAR O NOME) e orientador (COLOCAR O NOME) e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só poderá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

Período de coleta dos dados:(\_\_/\_\_/\_\_ à \_\_/\_\_/\_\_) os dados serão coletados através de:

( ) ENTREVISTA ( ) QUESTIONÁRIO ( ) PRONTUÁRIO ( ) OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\*Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura com carimbo Data

\*(quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por um corresponsável pelo local)

Declaro que me responsabilizando pelo andamento, realização e conclusão do projeto, seguir a resolução 466/12 do CNS bem como as complementares, o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados e comprometendo-me a enviar relatórios a qualquer momento, se o estudo for interrompido e quando da sua conclusão. Comprometo a preservar a privacidade dos participantes e declaro que as informações provenientes da pesquisa serão utilizadas, única, exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a posse e guarda do(a) pesquisador(a) responsável pelo projeto por um período mínimo de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do pesquisador responsável Assinatura Data

Declaro estar ciente e de acordo com a apresentação do projeto de pesquisa sob minha responsabilidade a ser desenvolvido pelo autor (Se aplicável).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do orientador responsável Assinatura Data

**VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

**PROJETO DE**

( )Graduação ( )Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado ( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Faculdade/Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HUPE/UERJ**

( )Servidor ( )Contratado ( )Residente ( )Aluno ( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviço/Disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO EXTERNA\*** (PESQUISADOR QUE NÃO TEM VINCULO DIRETO COM O HUPE/UERJ)

( )Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ ( )Indicação da CONEP ( )Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviço/Disciplina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***(Apresentar Declaração de identificação da Instituição a que está vinculado o pesquisador)