**BOLSAS DE APOIO PESQUISA DOCENTE**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

1. **Dados do(a) Docente Solicitante**

Nome:

CPF:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefone:

Graduação:

( ) Especialização:

( ) Mestrado ( ) Doutorado

Função Atual:

Data Admissão na UNICEP:

Email:

1. **Dados dos(a) Estudantes**

Nome:

CPF:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefone:

Nome do Curso de Graduação:

Período: Data de ingresso na UNICEP:

Email:

Nome:

CPF:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

CEP: Telefone:

Nome do Curso de Graduação:

Período: Data de ingresso na UNICEP:

Email:

1. **Dados do Projeto**

Título:

Palavras-chave:

Vigência a partir da aprovação do CONSEPE:

Precisa de aprovação do CEP: ( ) Sim ( ) Não

Precisa de aprovação do CEUA: ( ) Sim ( ) Não

***Em caso afirmativo anexar autorização do respectivo comitê.***

Os solicitantes declaram estar cientes de que:

1. É obrigatória a apresentação de um relatório parcial (decorridos seis meses do projeto) e um relatório final com todos os dados referentes ao desenvolvimento do projeto.
2. É obrigatória a apresentação do trabalho no Congresso de Iniciação Científica da UNICEP.
3. Caso o projeto necessite de aprovação do CEP/CEUA os pesquisadores devem ao final enviar o relatório final ao respectivo comitê de ética.

Caso algum destes itens não seja cumprido o certificado não será disponibilizado.

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente solicitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudante