 

**AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO E ASSUNÇÃO DE CO-RESPONSABILIDADE**

Instituição co-participante: **(inserir o nome da instituição)**

Declaro para os devidos fins conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado (**título do projeto)**, sob responsabilidade do (a) Professor (a) **(inserir o nome do (a) pesquisador (a) responsável)** e de seu compromisso e responsabilidade pela guarda, segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados e seus dados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia.

Cidade, (dia) de (mês) de (ano).

**Assinatura e carimbo do responsável institucional**

[esta autorização devera ser assinada pelo dirigente da instituição ou representante legal]