

**CLINICA ESCOLA INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIO**

Nome do usuário:					
E-mail:			Telefone:		
Data de nascimento:					
CPF:					
Departamento/Instituição:					
Modalidade da atividade:	IC ()	Mestrado ()	Doutorado ()	Pós-Doc ()	Outros:
Nome do orientador:					
Email do orientador:					
Telefone do orientador:					
Título do projeto:					
Nº do processo de aprovação Comissão de ética/Proex/UFES:					
Descrição de necessidades para a execução do projeto(materiais, equipamentos, mobiliários, etc) :					
Duração do projeto: Início:		Final:			
Equipe		Qualificação			

TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a zelar pela integridade dos equipamentos e materiais usados no período do desenvolvimento do projeto, estando ciente das normas de uso e conservação dos patrimônios da UFES, e fazer referência à Clínica Escola Interprofissional em Saúde - CEIS do CCS/UFES, bem como de suas agências mantenedoras, em toda publicação técnico-científica decorrente de sua utilização.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Professor responsável

Data: ____/____/____

Assinatura Representante da CEIS