**Termo de Responsabilidade**

Eu, NOME DO ALUNO(A), aluno(a) do curso de Enfermagem, da Faculdade Ciências da Vida e a prof(a) NOME DO PROFESSOR(A) responsáveis pela Pesquisa “ Título da Pesquisa”, declaramos que conhecemos e respeitamos os termos da Portaria 510/2013 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente com relação a garantia da privacidade e confidencialidade das informações que não são de livre acesso ao público, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa, a qual são de inteira responsabilidade exclusiva do(as) pesquisadores(as).

Sete Lagoas, 10 de janeiro de 2018

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

Nome do(a) aluno(a)

Aluna/Pesquisador(a)

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

Nome do(a) prof(a)

Orientador(a)/Pesquisador(a)