



**AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A ACERVO
DE CÉLULAS IMORTALIZADAS**

Aluno(a): _____

Curso: _____

Coordenador: _____

Projeto de pesquisa:

Declaro que o(a) interessado(a) acima identificado(a), e exclusivamente para o referido projeto, está autorizado(a) a utilizar:

células imortalizadas

pertencentes ao banco de Células da Faculdade São Leopoldo Mandic, respeitando as regras acordadas com os responsáveis. O(A) aluno(a) está ciente de que os gastos com material ou equipamentos ficarão sob sua responsabilidade.

Declaro, finalmente, que o aluno foi informado e está ciente de todas as condições de uso das células.

Data:/...../.....

Responsável pelo Banco de Célula: _____

Assinatura e Carimbo: _____