**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**PSICOLOGIA**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Orientador:.....(se tiver)**

**Assistentes de pesquisa: .....(se tiver)**

**Aplicação da pesquisa**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com**: pacientes( ) acompanhantes( ) prontuários( ) Psicólogos( ) outros( ).

**Se outros, especificar:**

**Instrumento da coleta**: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) outros( )

**Se outros, especificar:**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **PSICOLOGIA** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, **com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP/PE, conforme Resolução nº.:**.....(informar Resolução correta).

Recife,\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_.

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

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)