

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

DIRETORIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO ESTUDANTIL

RESTAURANTE UNIVERSITÁRIO

**FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE ATIVIDADES NO RU/UFPA**

|  |
| --- |
| A proposta se refere a: ( )Pesquisa ( )Extensão ( )Cultural |
| Título da Pesquisa ou Atividade: |
| Instituto: |
| Faculdade: |
| Nome e matrícula do(a) autor(a) principal: |
| E-mail: |
| Telefone para contato: |
| Nome e matrícula dos demais autores: |
| Nome do professor(a) orientador(a): |
| E-mail: |
| Objetivo geral: |
| Metodologia de trabalho: |
| Tempo de duração da pesquisa (anexar cronograma de pesquisa):  |
| A declaração de ciência do(a) professor(a) orientador(a) segue em anexo a este formulário? ( )SIM ( )NÃO |
| O termo de responsabilidade sobre a devolutiva dos resultados da pesquisa segue em anexo a este formulário? ( )SIM ( )NÃO |
| O cronograma de pesquisa foi anexado? ( )SIM ( )NÃO |
| A cópia do convênio para as instituições conveniadas foi anexado? ( )SIM ( )NÃO ( ) NÃO SE APLICA |
| Parecer da direção da DISAE/UFPA: |
| A pesquisa está autorizada? ( )SIM ( )NÃO |

OBSERVAÇÃO: Este formulário deverá ser entregue e protocolado na secretaria do RU do setor básico/UFPA para apreciação e parecer da direção e comissão técnica do RU.

A autorização para a realização de pesquisas no RU/UFPA só será concedida à institutos da UFPA ou à instituições conveniadas após devida comprovação.

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

Xaene Maria F. D. Mendonça

Diretora da DISAE/RU

Portaria nº 675/2019

RU – Restaurante Universitário - DISAE/UFPA

Av. Augusto Corrêa, s/nº - Campus Universitário do Guamá – CEP 66075-110

Fone: (91) 3201-7744/7309/7377/7644 | E-mail: restaurante@ufpa.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FACULDADE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO PROFESSOR ORIENTADOR(A)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que sou o professor orientador(a) do Trabalho intitulado “informar o título da pesquisa”, de autoria de “informar o nome do(a) orientando(a)”, graduando(a) da Faculdade de “especificar a faculdade de origem” do Instituto de “especificar o nome do instituto” da Universidade Federal do Pará – UFPA. Declaro ainda ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, estando ciente da responsabilidade de devolutiva dos resultados do trabalho para a instituição concedente do espaço.

Belém, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Assinatura)

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

Nome Completo do Orientador(a)

Nº SIAPE e Carimbo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FACULDADE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO(S) AUTOR(ES) DA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autor principal da pesquisa “informar o título da pesquisa”, me responsabilizo pela devolutiva para a direção do Restaurante Universitário por meio de documento impresso e redigido conforme a normalização acadêmica vigente de todos os objetivos, da metodologia e dos resultados encontrados na pesquisa no prazo de até 03 (três) meses após a finalização da coleta de dados conforme período definido no cronograma em anexo.

Comprometo-me ainda em cumprir com a norma referente ao registro fotográfico no interior da unidade.

Belém, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Assinatura)

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

Nome Completo do(a) Autor(a) Principal

Telefone e E-mail