|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Título do estudo de investigação | |
|  | |
| **Responsável(eis) pela(s) instituição(ões)** | |
|  | |
| Na qualidade de Responsável, declaro que autorizo a realização do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessário para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados. | |
|  | |
| A(s) Instituição(ões): | |
|  | |
|  | |
| Nome da instituição | |
|  | |
|  | |
| Nome do responsável da instituição | |
|  | |
| \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data | Assinatura |
|  | |
|  | |
| Nome da instituição | |
|  | |
|  | |
| Nome do responsável da instituição | |
|  | |
| \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data | Assinatura |
|  | |
|  | |
| Nome da instituição | |
|  | |
|  | |
| Nome do responsável da instituição | |
|  | |
| \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data | Assinatura |
|  | |
|  | |
| Nome da instituição | |
|  | |
|  | |
| Nome do responsável da instituição | |
|  | |
| \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data | Assinatura |
|  | |
| (Acrescentar ou retirar conforme o caso) | |
|  | |