**Termo de Associação aos Laboratórios Multiusuários de Pesquisa**

**da Escola de Nutrição - Lamup**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por meio do presente, solicito minha associação ao Laboratório Multiusuário de Pesquisa em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto.

A associação está condicionada à existência de projetos de pesquisa que utilizem a infraestrutura do Lamup.

A efetivação da associação se dará somente após aprovação deste documento pelo coordenador do Lamup em questão, em exercício no momento da requisição.

Ao assinar este documento, declaro estar ciente das normas estatutárias (Resolução CONPEP nº 6 e CUNI nº 2.394), bem como dos direitos e deveres impostos aos pesquisadores associados ao Lamup em questão.

Por fim, comprometo-me a honrar, com minhas competências enquanto associado.

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

Assinatura do Associado

Data de aprovação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador do Lamup