



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
Subsecretaria de Formação Continuada dos Profissionais da Educação/ EAPE

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

A) Informações Pessoais

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone(s): _____ E-mail: _____

B) Informações Funcionais (caso seja servidor da SEEDF)

Matrícula: _____ Cargo/Função: _____
Órgão de Lotação/Exercício: _____

C) Outras Informações

Coordenação Regional de Ensino:

Área da Pesquisa: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Título da Pesquisa: _____

Instituição Interessada: _____

Objetivo da Pesquisa: _____

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

D) Parecer Final da Direção da EAPE

() Concordamos com a realização da pesquisa proposta, por estar em conformidade com as normas da SEEDF.

() Não concordamos com a realização da pesquisa proposta, por não estar em conformidade com as normas da SEEDF.

Assinatura e Carimbo – EAPE

Anexar:

. Pré-projeto da pesquisa ou Projeto;

. Carta da Instituição apresentando o(a) pesquisador(a), em papel timbrado, assinada pelo(a) Orientador(a).

* Esta solicitação deverá ser enviada para o SDOC (Setor de Documentação) da EAPE, e-mail sdoc.eape@edu.se.df.gov.br. Aguardar 10 (dez) dias úteis.