



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 em que será realizada a Pesquisa:

Área da Pesquisa: () Graduação-TCC () Especialização () Mestrado () Doutorado

Título da Pesquisa: _____

Instituição Interessada: _____

Objetivo da Pesquisa: _____

Declaro que estou ciente que os dados por mim coletados serão estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas e, em nenhuma hipótese, serão revelados dados pessoais, conforme a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD).

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Anexar:

. Projeto ou pré-projeto da pesquisa;

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

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