|  |
| --- |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOME DO PESQUISADOR ou EXTENSIONISTA), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SIAPE), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CPF), servidor(a) do Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro ter as condições técnicas para participar como responsável na execução do projeto da “Campanha de prevenção à covid-19 **#IFRJcontraCOVID19**”, Chamada Especial do PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INCENTIVO À INOVAÇÃO PROINOVA e PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INCENTIVO ÀS ATIVIDADES DE EXTENSÃO – PROEXTENSÃO – CAMPANHA #IFRJcontraCOVID19 – FASE 3. Estou ciente que deverei observar as especificidades das metas do item 2.1 dessa chamada, e com atenção aos requisitos de segurança e controle de qualidade para produção local no campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAMPUS ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO SOB MINHA SUPERVISÃO) onde serei responsável pela ação.

Local, data.

NOME DO PESQUISADOR(A) ou EXTENSIONISTA