|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **CICS - CENTRO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** | | | Data de Receção  \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | |  | | | |
| 1. Formulário de submissão de projeto | | | Data de Aprovação  \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | | | | | |
| **LINHA DE INVESTIGAÇÃO:** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:** | | | | | | | | |
| 1. **Título** | | | |  | | | | |
| 1. **Resumo**   ( /150 palavras) | | | |  | | | | |
| 1. **Estado da Arte**   ( /500 palavras) | | | |  | | | | |
| 1. **Objetivos**   ( /300 palavras) | | | |  | | | | |
| ISAVE/CICS/03 | ISAVE – Instituto Superior de Saúde  Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt | | | | | | Página 1 de 4 | |
| **PROJETO DE INVESTIGAÇÃO (Continuação)** | | | | | | | | |
| 1. **Descrição Detalhada**   ( /1000 palavras)  ***Estrutura:***  *Desenho da Investigação;*  *Participantes;*  *Instrumento(s);*  *Procedimento;*  *Pressupostos da Análise de Dados;*  *Resultados Esperados.* | | | |  | | | | |
| 1. **Referências Bibliográficas**   ( /300 palavras) | | | |  | | | | |
| ISAVE/CICS/03 | ISAVE – Instituto Superior de Saúde  Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt | | | | | Página 2 de 4 | | |
| **EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:** | | | | | | | | |
| 1. **Investigador/a Principal** | | | |  | | | | |
| * 1. **Afiliação** | | | |  | | | | |
| * 1. **Contacto** | | | |  | | | | |
| * 1. **Nota Biográfica**   ( /300 palavras) | | | |  | | | | |
| 1. **Investigadores/as Integrados/as** | | | |  | | | | |
| * 1. **Afiliação** | | | |  | | | | |
| * 1. **Contacto** | | | |  | | | | |
| * 1. **Nota Biográfica**   ( /300 palavras) | | | |  | | | | |
| 1. **Parcerias**   ( /500 palavras) | | | |  | | | | |
| ISAVE/CICS/03 | ISAVE – Instituto Superior de Saúde  Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt | | | | | | Página 3 de 4 | |
| **PREVISÃO FINANCEIRA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NO PRÓXIMO ANO** | | | | | | | | |
| **1.Débito (Custos)**  ***Despesas de, por exemplo:***  *Deslocações e/ou alojamento;*  *Inscrições em reuniões científicas,*  *Impressão de posters;*  *Aluguer de equipamentos;*  *Contratação de serviços;*  *Aquisição de reagentes e/ou equipamentos.* | | |  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **2. Crédito (Benefícios)**  ***Financiamento de:***  *Entidades internas;*  *Entidades externas;*  *Bolsas.* | | |  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **3. BALANÇO FINAL** | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **TERMO DE RESPONSABILIDADE DO/A INVESTIGADOR/A PRINCIPAL** | | | | | | | | |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que assumo a responsabilidade científica do projeto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bem como da exequibilidade financeira e técnica do mesmo.  Assinatura do/a investigador/a principal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **TERMO DE CONHECIMENTO DO/A COORDENADOR/A DA LINHA DE INVESTIGAÇÃO** | | | | | | | | |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento da submissão do projeto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ao abrigo da linha de investigação da qual sou coordenador/a.  Assinatura do/a coordenador/a da linha de investigação  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| ISAVE/CICS/03 | ISAVE – Instituto Superior de Saúde  Rua Castelo de Almourol, 13, Apt. 49 | 4720-155 Amares | Telefone – 253.639.800 | Fax – 253.639.801 | geral@isave.pt | www.isave.pt | | | | | | | Página 4 de 4 |