**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Eu, (nome do coordenador (a) do curso/programa), coordenador (a) do curso /programa (nome do curso/programa de Pós), asseguro que estou ciente da submissão do projeto (adicionar o nome do projeto), que terá como pesquisador responsável (adicionar o nome do Professor(a)), para avaliação da Comissão Interna de Biossegurança CIBio-UNIP.

Data:      /    /

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

(Nome e Assinatura do chefe imediato)