

MODELO DE REGISTRO/TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS, MÃES OU REPRESENTANTE LEGAL

Olá, sou _____, estudante do curso de **Pedagogia OU do curso de Licenciatura em... OU do Mestrado OU do Doutorado OU do Pós-doutorado** da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, onde estou desenvolvendo uma pesquisa sob a **orientação OU supervisão** do(a) Professor(a) _____.

A pesquisa tem como objetivo principal _____

Gostaria de contar com a colaboração de **seu(sua) filho(a) OU da pessoa representada por você** com minha pesquisa participando de um **questionário E/OU uma entrevista E/OU integrando sessões de observação E/OU roda de conversa E/OU grupo focal etc.**, a se **realizar(em)** em horário e local adequados para nós **dois(duas)**.

Espero que a pesquisa traga como benefícios diretos ou indiretos _____

[informar as contribuições possíveis para o(a) participante – não para o(a) responsável –, e/ou para a comunidade na qual está inserido e/ou para a sociedade]

Se **seu(sua) filho(a) OU a pessoa representada por você** decidir participar e você autorizar essa participação, pode ser que ocorram as seguintes situações de risco:

[informar os riscos específicos, por exemplo: constrangimento, indisposição, cansaço, aborrecimento, vergonha, desconforto etc.]

Em quaisquer desses casos, podemos pausar as atividades ou mesmo interrompê-las definitivamente, sem qualquer problema. Aliás, é direito **do(a) seu(sua) filho(a) OU da pessoa representada por você** desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de informações, retirando o consentimento **dele(a)**. Basta me informar.

Não haverá nenhum custo ou pagamento pela participação **dele(a)**, mas, havendo gastos com deslocamento, alimentação ou outros itens diretamente ligados à colaboração com a pesquisa, combinaremos como isso será reembolsado, caso se faça necessário.

Todos(as) os(as) participantes da pesquisa têm garantido o sigilo de sua identidade e o respeito à sua privacidade. Assim, nenhuma informação que possa identificar **seu(sua) filho(a) OU a pessoa representada por você** será divulgada em qualquer publicação que resulte da pesquisa.

O material coletado, sempre preservando o anonimato dos(as) participantes, será guardado em **[informar o local]** por, no mínimo, cinco anos após o término da pesquisa. O material é de acesso público para fins de pesquisa.

Seu acesso e **dele(a)** aos resultados do trabalho está garantido. Estarei à disposição para lhes enviar uma cópia do trabalho e de outras publicações que resultarem dele.

Caso haja dúvidas ou se quiser ter notícias sobre o andamento da pesquisa, fique à vontade para entrar em contato comigo pelo telefone (____) _____, ou pelo e-mail _____.

Se aceitar que **seu(sua) filho(a) OU a pessoa representada por você** participe do estudo, você receberá uma cópia assinada deste documento.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

No caso de aceitar que seu(sua) filho(a) OU a pessoa representada por você participe da referida pesquisa, indique, por favor, o tipo de autorização quanto:

1. aos registros escritos, de áudio ou digitais:

- autorizo a coleta e o uso integral das informações
- autorizo a coleta e o uso parcial das informações, indicando as passagens vetadas
- não se aplica

2. aos registros de vídeo ou fotográficos:

- autorizo a coleta dos dados e o uso das imagens pessoais desfocadas
- autorizo a coleta, mas não o uso das imagens
- não se aplica

3. ao acesso aos resultados da pesquisa:

- desejo ter acesso às publicações decorrentes da pesquisa
- não é necessário ter acesso às publicações decorrentes da pesquisa

Data: / /

Nome e Assinatura do(a) pai, mãe ou representante

Assinatura do(a) pesquisador(a)