**REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATIVIDADES EM CONTENÇÃO COM ANIMAIS GENETICAMENTE MODIFICADOS (AnGMs)**

Ilmo. Sr. Presidente da CTNBio

Nome do Presidente da CIBio: Rodrigo Augusto da Silva

**DADOS DA INSTITUIÇÃO**

UNIP - Universidade Paulista

Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar. CEP 040426-002. Vila Clementino. São Paulo- SP.

CQB nº:

**DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

Função: Número de registro:

Nome:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

E-mail institucional:

Endereço completo: Telefone: ( )

**DADOS DA EQUIPE**

Nome completo: Função:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

Nome completo: Função:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

**TÍTULO DO PROJETO**

**RESUMO DO PROJETO**

Requer à CTNBio autorização para trabalho em contenção com o AnGM descrito abaixo:

**GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO AnGM A SER MANIPULADO:**

(   ) 1    (   ) 2    (   ) 3

**NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA DO LABORATÓRIO OU DA UNIDADE OPERATIVA ONDE SERÁ CONDUZIDO PROJETO:**

(   ) NB-1  (  ) NB-2  (   ) NB-3

**UNIDADE OPERATIVA (LABORATÓRIO, BIOTÉRIO, ETC) ONDE AS PESQUISAS COM AnGM SERÃO DESENVOLVIDAS**

Nome, e-mail e telefone do responsável pela unidade operativa:

Endereço completo: Telefone: ( )

**ESPÉCIE DO ANIMAL A SER GENETICAMENTE ALTERADO**

**PROCEDIMENTO DE ALTERAÇÃO GENÉTICA A SER UTILIZADO**

**PRETENDE ESTABELECER UMA COLÔNIA COM AnGM**

(   ) SIM     (   ) NÃO

**LOCAL ONDE A COLÔNIA SERÁ ESTABELECIDA:**

**CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL GENÉTICO A SER INSERIDO**

**ATIVIDADES BIOLÓGICAS QUE SERÃO ADQUIRIDAS/PERDIDAS PELO AnGM**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO NAS CARACTERÍSTICAS DE PATOGENICIDADE DO AnGM**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DO AnGM GANHAR ALGUMA VANTAGEM SELETIVA SOBRE OS CORRESPONDENTES NÃO MODIFICADOS GENETICAMENTE, QUANDO DE UM POSSÍVEL ESCAPE PARA O MEIO AMBIENTE.**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DE RISCO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS PARA OUTROS ANIMAIS, INCLUINDO SERES HUMANOS OU VEGETAIS.**

**INFORMAR SE O AnGM PASSARÁ A EXPRESSAR ALGUMA PROTEÍNA COM POTENCIAL SABIDAMENTE TÓXICO. SE POSITIVO INFORME SE EXISTE OU NÃO FORMA DE TRATAMENTO.**

**SOBRE O DESCARTE DO ANIMAL:**

* **Onde será realizada a eutanásia?**
* **Onde serão descartados os resíduos biológicos do AnGM?**
* **Onde será realizado o descarte do AnGM?**

**PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO, DESCONTAMINAÇÃO E DESCARTE DE MATERIAL/RESÍDUOS.**

**ASPECTOS RELEVANTES QUE NÃO FORAM ABORDADOS NOS ITENS ANTERIORES PARA O ESCLARECIMENTO SOBRE O NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA DO AnGM.**

**Termo de Responsabilidade**

Eu (**nome do pesquisador principal/orientador**), pesquisador responsável pelo projeto (**Título do Projeto**)*,* asseguro à CIBio/UNIP que estou ciente do conteúdo do Anexo I da Resolução Normativa nº 1, de 20 de junho de 2006 assim como a Instruções Normativas da CTNBio pertinentes e que:

* Li as Instruções Normativas da CTNBio pertinentes para trabalhar com os AnGMs acima referidos, que se encontram no site <https://www.ctnbio.gov.br> e que concordo com as suas exigências durante a vigência deste projeto.
* A equipe que participa deste projeto está ciente das Instruções Normativas e é competente para executá-las.
* Comprometo-me informar à CIBio qualquer alteração nos membros da equipe de pesquisa.
* Comprometo-me a solicitar nova aprovação à CIBio local sempre que ocorra alteração significativa nos objetivos/procedimentos/instalações.
* Comprometo-me a elaborar relatório Semestral e Final, a partir da data de aprovação do projeto pela CIBio.
* Tudo que foi declarado é a absoluta expressão da verdade. Estou ciente de que o eventual não cumprimento das Instruções Normativas da CTNBio é de minha total responsabilidade e que estarei sujeito às punições previstas na legislação em vigor.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |

 **Assinatura do docente responsável**