**SemClinBr - Requisição de acesso**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título da pesquisa** |  |
| **Justificativa de uso do corpus** |  |
| **Pesquisador responsável** |  |
| **Instituições envolvidas** |  |
| **Período de utilização dos dados** |  |
| **Equipe envolvida**  **(Nome, CPF, Telefone, E-mail)** |  |
| **Declaro que não utilizarei os dados para uso comercial** |  |
| **Declaro que não compartilharei os dados com terceiros** |  |
| **Declaro que excluirei os dados após a expiração do período de utilização** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pesquisador responsável**