

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E BIOTECNOLOGIA EM SAÚDE

**CURSO DE DOUTORADO - TURMA 2026.1
ANEXO XI**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS E ACADÊMICOS
PARA FINS DE RELATÓRIOS DE GESTÃO INSTITUCIONAL E ESTUDOS AVALIATIVOS DE
CURSOS E EGRESSOS.**

Eu, _____, identidade _____,

autorizo, para a utilização de meus dados pessoais e acadêmicos (nome, email, idade, sexo, curso, turma, data de ingresso e término, país de origem, vínculo profissional (instituição), profissão (formação) e título da dissertação/teses, para fins de relatórios de gestão institucional e estudos avaliativos de cursos e egressos.

Concordo com as seguintes condições:

- Os dados serão tratados como confidenciais e a divulgação será realizada de forma agregada, em relatórios de gestão e publicações do ensino, impossibilitando a identificação dos sujeitos a partir de informações específicas.
- Nenhum dado pessoal dos alunos(as), docentes ou coordenadores serão divulgados. Todos os dados são de responsabilidade e uso do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco.
- Qualquer pesquisa que tenha necessidade de uso destes dados deverá obrigatoriamente solicitar autorização da instituição e manter os compromissos estabelecidos neste termo.

Recife, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura eletrônica do(a) Candidato(a)