# Edital no 040/2017

# ANEXO VII

1. **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**
2. **SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**
3. **INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**
4. **PRO-REITORIA DE PESQUISA, INOVAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO**
5. Avenida Professor Mário Werneck, 2590, Bairro Buritis - Belo Horizonte – MG - Cep: 30.575-180
6. TEL: (31) 2513 5145 e-mail: pesquisa@ifmg.edu.br – www.ifmg.edu.br
7. **TERMO DE ANUÊNCIA DE PARCEIROS PARA CONTRAPARTIDA**

**Título do projeto:**

**Coordenador:**

**Instituição parceira: (NOME, CNPJ E ENDEREÇO)**

**Outra Instituição parceira: (NOME, CNPJ E ENDEREÇO)**

O Coordenador do projeto *<título do projeto>,* *<nome e CPF do coordenador>,* a(s) instituições parceira(s) acima identificada(s), declaram que concordam com os termos do Edital Nº 040/2017 publicado pelo Polo de Inovação de Formiga do IFMG para execução de projetos de pesquisa com foco em inovação.

A(s) instituições acima identificada(s) comprometem-se a oferecer o(s) recurso(s) de contrapartida a ela(s) atribuído(s), conforme quadro 1.

**Quadro 1 Especificação de recursos de contrapartida**

|  |
| --- |
| ***Campus* 1:**  |
| **Recurso** | **Justificativa** | **Valor** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Subtotal *Campus* 1** |  |
| ***Campus* *n*:**  |
| **Recurso** | **Justificativa** | **Valor** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Subtotal *Campus* *n*** |  |

Esta declaração e a apresentação de projeto devem ser consideradas como comprometimento de que serão fornecidas as garantias necessárias à adequada execução do projeto proposto e que os recursos disponibilizados pelo Polo de Inovação, bem como as contrapartidas das instituições parceiras, serão objeto de relatório de prestação de contas parcial e final.

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

**Nome:**

**Coordenador do Projeto**

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

**Nome:**

**Representante *Campus* 1**

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

**Nome:**

**Representante *Campus* *n***