

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE LABORATÓRIO POR DISCENTES

(este documento deve ser entregue ao funcionário da portaria e uma cópia ao Coordenador Local dos Laboratórios)

Dados do Servidor

() Técnico () Docente

Nome Completo: _____

Siape: _____

Laboratório a ser utilizado _____

Dados do(s) Discente(s)

Nome completo _____,

Matrícula _____ RG: _____

Nome completo _____,

Matrícula _____ RG: _____

Nome completo _____,

Matrícula _____ RG: _____

Nome completo _____,

Matrícula _____ RG: _____

Tipo de atividade

() Orientações de
iniciação científica

() Monitorias

() Projetos de Pesquisa

() Trabalho de
conclusão de curso

() Atividades de Pós-
Graduação

() Projetos de Extensão

Período

De ___/___/____ a ___/___/____

Das ____ h as ____ h

TERMO

Assumo total responsabilidade por acidentes causados pelo discente a si ou a outrem e quaisquer danos ao Patrimônio Público.

___/___/____

Assinatura do Servidor

Data