**T**

**SOLICITAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE LABORATÓRIO/EQUIPAMENTO MULTIUSUÁRIO**

Nome do Solicitante (Usuário):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupação: Professor ( ) Aluno ( ) Funcionário ( )

Instituição de Origem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do Solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laboratório(s) que pretende utilizar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Equipamento(s) que pretende utilizar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Justificativa/Motivo da utilização:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da utilização: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da utilização: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que utilizarei o(s) laboratório(s) e equipamento(s) conforme normas de utilização da instituição e me responsabilizo no caso de eventual lesão ocasionada pelo uso indevido do(s) equipamento(s). Declaro, ainda, assumir total responsabilidade por eventual extravio ou danos verificados após a utilização do(s) equipamento(s), providenciando o reparo ou a reposição do(s) item(s) utilizado(s)/danificado(s) no prazo de 30 dias a contar da data de utilização.

Por estar ciente e de acordo com as condições acima estabelecidas firmo a presente solicitação.

Itajaí (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

Nome e assinatura do(a) solicitante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

Nome e assinatura do(a) responsável pela Instituição de Origem.

Campo exclusivo para preenchimento da UNIVALI.

[ ] Aprovado

[ ] Reprovado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obs.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome, assinatura e carimbo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do responsável pela autorização

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na Univali.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_