



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**

Suporte técnico aos laboratórios - STL  
Avenida da Amizade, 1900 – Sal Torrado – Paulo Afonso, BA CEP 48605-780  
[www.portais.univasf.edu.br/medicina-pa](http://www.portais.univasf.edu.br/medicina-pa)  
Email: [laboratoriospauloafonso@univasf.edu.br](mailto:laboratoriospauloafonso@univasf.edu.br)

**TERMO DE SOLICITAÇÃO E COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS**

Eu, \_\_\_\_\_ docente desta instituição, SIAPE \_\_\_\_\_, venho através deste, solicitar autorização para utilização do(s) seguinte(s) Laboratório(s): \_\_\_\_\_.

Discente responsável pela atividade: \_\_\_\_\_

Contato do discente: \_\_\_\_\_

Data da atividade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário da atividade: \_\_\_\_\_

Discentes envolvidos na atividade:

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

Relação de equipamentos a serem utilizados:

MATERIAL	QUANTIDADE

Responsabilizo-me a orientar os discentes a zelar pelos materiais, equipamentos, e instalações físicas, durante o desenvolvimento da atividade, e estou ciente que a má utilização deles acarretará custos de reparo e/ou reposição que serão a mim atribuídos.

Paulo Afonso, Bahia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Discente responsável

\_\_\_\_\_  
Docente requerente