



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
Email: 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