|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| img4c4db347c3743 | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS** | cteenfLaboratório de Enfermagem |
| **Escola de Enfermagem - EEUFMG** |
| **Laboratório de Enfermagem** |
| Telefone: (31) 3409-9873 |
| Endereço: Av. Professor Alfredo Balena, nº 190 |
| sala 332 - Centro - Belo Horizonte/MGHorário de funcionamento: 07:00 às 18:00 De segunda à sexta-feira |

 |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Docente), venho por meio deste, solicitar autorização e agendamento para uso do Laboratório de Enfermagem para a **disciplina/atividade** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no(s) dia(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no horário de \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_, preciso utilizar a(s) sala (s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Comprometo-me a zelar pelos materiais e equipamentos disponíveis no Laboratório durante minha permanência, e ao término das atividades trancar a(s) porta(s) e entregar a(s) chave(s) para as servidoras do setor, na sala 332. Caso ocorra um eventual extravio e seja comprovada minha responsabilidade, providenciarei a devida reposição.

OBSERVAÇÃO: para as atividades que necessitarem de projeção multimídia, gentileza fazer o agendamento com a Seção de Áudio Visual pelo email: audiovisual@enf.ufmg.br

**Telefone e e- mail para contato: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estação prática: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E MANEQUINS/ SIMULADORES SOLICITADOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUANTIDADE** | **DESCRIÇÃO**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |