



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS
DIVISÃO CIENTÍFICA

F2. TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA EMPRÉSTIMO DE EQUIPAMENTO(S)

EVENTO: _____

DATA : ____/____/____ HORÁRIO _____ às _____

LOCAL: _____

Especificar os equipamentos necessários:

Data Show	sim	não
Notebook	sim	não
Microfones / Caixa de som	sim	não
Aparelho de som Microsystem-CD	sim	não

Nome:

Cargo/função:.....

RG:.....

Setor de Trabalho:.....

Telefone(s) para contato:

e-mail:

Declaro que assumo a responsabilidade pela correta utilização, guarda e devolução em perfeitas condições do(s) aparelho(s) especificado(s) no verso, e no caso de retirada dos equipamentos e chaves, estou ciente que a devolução dos mesmos deverá ser até às 8:00 do dia seguinte ao empréstimo.

Data do empréstimo...../...../.....Hora:.....

Assinatura do solicitante: _____

(e carimbo, se tiver)

Data e nome do funcionário da DC que recebeu:

FAVOR REGISTRAR NO LIVRO DE ENTRADA DE DOCUMENTOS DC

