



**SETOR DE APOIO LOGÍSTICO
DIVISÃO DE PREFEITURA DE CAMPUS
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO**

PERMISSÃO PARA USO DE SALAS / LABORATÓRIOS

Sala: _____ Prédio: _____ Campus: _____

Data inicial: ____/____/____ Data final: ____/____/____

Horário inicial: ____:____ Horário final: ____:____

Dias da semana: () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sab () Dom

Em caso de horários diferentes para cada dia da semana, preencher um novo formulário para cada variação de horário.

Discente	Matrícula

Por meio deste, autorizo os discentes acima listados a retirarem as chaves das salas / laboratórios, bem como atesto ser de minha responsabilidade a integridade do espaço e dos equipamentos, o bom uso dos materiais disponíveis e a segurança dos envolvidos.

Assinatura do servidor responsável

Nome completo: _____

Telefone para contato: _____

Para preenchimento do Salog:

Encaminhado à portaria / vigilância em: _____ de _____ de _____.

Salog / Dipre / Proad
UFSJ

ATENÇÃO: o preenchimento correto das informações é essencial para que o formulário seja encaminhado à portaria.

