

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

INSTITUTO BIOMÉDICO

DIREÇÃO / GERÊNCIA ACADÊMICA (GACAD)

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE SALA

NOME COMPLETO DO REQUISITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIAPE/MATRICULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONE(S):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

========================================================================================

SALA(S) DE INTERESSE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA(S):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORÁRIO DE TÉRMINO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PÚBLICO ALVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DE PESSOAS PARTICIPANTES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

NOME DO(S) RESPONSÁVEI(S) PELO ESPAÇO NO(S) DIA(S) DA(S) ATIVIDADE(S):

TELEFONE(S)

E-MAIL(s):

SIAPE/MATRICULA:

==========================================================================================

ASSINATURA:

DATA:

**É obrigatório anexar os seguintes documentos:**

- Cronograma. (Em caso de mais de 1 dia de atividades.)

- Representação estudantil: carta de encaminhamento deste formulário assinado pelo(a) representante geral.

- Monitoria: Memorando do departamento encaminhando este formulário assinado pelo professor responsável.