|  |
| --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA** |
| **Termo de Responsabilidade– Auditório do PPGO** |
| Eu (solicitante)  telefone nº do Departamento de solicito reserva do Auditório do PPGO na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019 no horário xxx até xxx para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(finalidade).  Declaro ter conhecimento, aceitar e cumprir as orientações e o regulamento sobre a utilização do auditório do PPGO, responsabilizando-me pela utilização e reparação de todos os danos que nele possam ocorrer.  **Estou ciente que não é permitida a entrada de comidas e bebidas no auditório do PPGO e que caso tenha coffee brack, o mesmo será feito no corredor externo ao auditório**. O solicitante que não cumprir essas orientações poderá ter seu próximo pedido de reserva negado.  Ao retirar e ao devolver as chaves do auditório será feito um check-list no local.  Caso seja necessário: Autorizo a pessoa abaixo a retirar as chaves do Auditório do PPGO na Secretaria da Faculdade de Odontologia:  Nome CPF Telefone Departamento  Niterói, de de 20  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Professor Solicitante |

Ca