

## ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – *Campus* Blumenau  
Laboratórios de Química

### FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS LABORATÓRIOS PARA DISCENTES

**DADOS DO DISCENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Número de matrícula: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Solicitação de permissão de acesso ao(s) laboratório(s): \_\_\_\_\_

Período de vigência da permissão (máximo 6 meses): início \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; Término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Finalidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Título do projeto relacionado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Docente orientador ou responsável: \_\_\_\_\_

Equipamentos e vidrarias que serão utilizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A presente AUTORIZAÇÃO permite que o discente abaixo assinado utilize os laboratórios de Química do Campus Blumenau para desenvolver suas atividades de pesquisa ou extensão, nos horários pré-estabelecidos, em consonância com as normas constantes no MANUAL DE NORMAS BÁSICAS DE FUNCIONAMENTO, UTILIZAÇÃO E SEGURANÇA PARA OS LABORATÓRIOS DE QUÍMICA da UFSC Campus Blumenau.

Por ser expressão da verdade, assinam também o professor responsável pelas atividades desenvolvidas pelo discente, bem como o supervisor dos laboratórios.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do discente\_\_\_\_\_  
Assinatura do docente responsável\_\_\_\_\_  
Assinatura do supervisor dos laboratórios

## ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – *Campus* Blumenau  
Laboratórios de Química

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DO DISCENTE PARA O USO DOS LABORATÓRIOS PARA ATIVIDADES DE EXTENSÃO E PESQUISA

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, eu,

\_\_\_\_\_ ,  
estudante do curso \_\_\_\_\_

da Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Blumenau, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_, declaro estar ciente das normas constantes no MANUAL DE NORMAS BÁSICAS DE FUNCIONAMENTO, UTILIZAÇÃO E SEGURANÇA PARA OS LABORATÓRIOS DE QUÍMICA da UFSC Campus Blumenau. Me comprometo a cumpri-las, me responsabilizando pelas consequências advindas do mau uso das dependências dos laboratórios e da não observação das normas supracitadas.

Declaro também ter ciência de que o não cumprimento das mesmas poderá ocasionar o cancelamento da minha bolsa e/ou da minha participação em quaisquer atividades extracurriculares relacionadas aos laboratórios.

Blumenau: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do discente