# ANEXO B

# TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO LABORATÓRIO DE COSMETOLOGIA

## Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SIAPE:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, servidor responsável pela atividade intitulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assumo a responsabilidade pelos materiais permanentes e de consumo do laboratório de Cosmetologia do Ifes Campus Vila Velha (Lab.nº 200 – Prédio de Extensão Tecnológica). Adicionalmente, autorizo e me responsabilizo pela segurança do(s) seguinte(s) discente(s) enquanto o(s) mesmo(s) estiver(em) exercendo as atividades no local.

Tipo de atividade:

( ) Atividade complementar ao Ensino ( ) Projeto de pesquisa ( ) Ações de extensão ( ) Cursos livres

( ) Prestação de serviço ( )Outras: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| ***ATIVIDADE*** |
| Data(s) da(s) atividade(s): |
|  |
| Horário(s): |
|  |

|  |
| --- |
| **DISCENTES** |
| NOME | CPF | CURSO |
| 1- |  |  |
| 2- |  |  |
| 3- |  |  |
| 4- |  |  |
| 5- |  |  |
| 6- |  |  |

Assinatura do Solicitante/SIAPE