

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CAMPUS BLUMENAU**

**Site:** [**www.blumenau.ufsc.br**](http://www.blumenau.ufsc.br/)

**E-mail:** [**aed.bnu@contato.ufsc.br**](mailto:agendamento.bnu@contato.ufsc.br)

SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO

DE ESPAÇO FÍSICO PARA USO DE ALUNO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solicitação nº /2022** | | |
| **Nome:** |  | **CPF:** |
| **Matrícula: Curso Matriculado:**  **Local Agendado:**  **Data: de até Das horas até às horas. Atividades a serem desenvolvidas pelo aluno:** | | |
| **Declaro que estou ciente e comprometo-me em:**   1. **Respeitar** o horário estabelecido, desde que esteja compreendido entre às 8h até às 22h, para o acesso às instalações da UFSC – Campus Blumenau; 2. **Fazer uso** das instalações da UFSC – Campus Blumenau para fins exclusivos de atividades pedagógicas; 3. **Abster-me** de levar qualquer tipo de bebida e alimento para as instalações da UFSC – Campus Blumenau; 4- **Abster-me** de fumar dentro dos ambientes da instituição de Ensino; 4. **Zelar** pela manutenção e conservação da instituição e patrimônio da UFSC – Campus Blumenau, sendo expressamente proibido perfurar pisos, tetos, paredes e mobiliários; 5. **Garantir** a limpeza e a conservação do ambiente durante e após o uso das instalações; 6. **Zelar** para que ruídos sonoros não perturbem as demais atividades na instituição e vizinhança; 8- **Notificar** imediatamente a vigilância em caso de acidentes;   9- **Responder** por todos os danos causados por mim ao patrimônio durante o período em que fiz uso destes; 10- **Atender** às normas de segurança e acessibilidade, respeitando a lotação máxima dos ambientes;  11- **Respeitar** que o acesso à instituição é exclusivo do solicitante, sendo vedada a entrada de terceiros não autorizados; 12- **Respeitar a solicitação da vigilância de retirar-se do local, principalmente, em situações de risco.** | | |
| Blumenau, SC, 9 de junho de 2022  Assinatura Solicitante | | |
| **USO EXCLUSIVO PARA DOCENTES**  **Nome: SIAPE:**  ***Declaro estar ciente e de acordo com a presente solicitação do discente.***  Assinatura Docente  **NOME E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE LABORATÓRIO (quando necessário):** | | |

*Rua João Pessoa, 2750, Velha, Blumenau – SC*