



FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA DO ICB

DADOS DO REQUISITANTE

NOME:	
TELEFONE PARA CONTATO: ()	
SIAPE:	
E-MAIL:	
SETOR/LABORATÓRIO:	
UNIDADE:	
DESCRIÇÃO DO EVENTO:	
DATA: ____ / ____ / ____	
HORÁRIO INÍCIO: 14:00	HORÁRIO TÉRMINO: ____ :

O horário de início será sempre as 14:00 devido ser um espaço compartilhado para almoço dos funcionários e alunos.

INFORMAÇÃO INPORTANTE

PARA MANUTENÇÃO DO ESPAÇO ESTAMOS ARRECADANDO POR RESERVA O VALOR DE R\$ 50,00 (CINQUENTA REAIS) PARA SETORES DO ICB E DE R\$ 100,00 (CEM REAIS) PARA SETORES QUE NÃO PERTENCEM AO ICB.

TERMO DE COMPROMISSO

- Pelo presente termo de compromisso, declaro que todos o(s) equipamento(s) que integram o espaço solicitado ficará(rão) sob minha inteira responsabilidade, de modo que responderei por qualquer irregularidade ou dano que forem causados aos mesmos durante o período solicitado,
- Declaro estar ciente que quando da utilização do local o mesmo deverá ser entregue em perfeito estado de conservação, sob pena reparo dos danos caudados nas instalações e não atendimento de futuras solicitações,
- Declaro ainda estar ciente que durante o uso do espaço fica expressamente proibida a utilização de sonorização sob qualquer justificativa.
- Declaro que consumo de bebidas alcoólicas é de minha inteira responsabilidade, bem como as ocorrências que possam advir desse consumo, inclusive o seu uso por estudantes menores de idade.
- Declaro ser de minha responsabilidade a remoção do lixo e a arrumação do local após o evento para que o espaço esteja em condições mínimas de apresentação na manhã do dia seguinte ao evento.
- Música permitida após as 18:00 em volume de som considerado ambiente.
- Estou ciente, também, que nenhum evento poderá se estender além das 22h.

Assinatura do Responsável SIAPE N° _____ EM: ____ / ____ / ____

Autorizado por: _____ EM: ____ / ____ / ____

Administração ICB/UFRJ