 **Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG**

**Faculdade de Nutrição- FANUT**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO INTERNO DAS DEPENDÊNCIAS E DOS EQUIPAMENTOS DO LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (Docente)**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Docente), venho por meio deste solicitar autorização para discente (s) para utilizar as dependências e os equipamentos do Laboratório de Avaliação Nutricional para realização de atividade de ( )ensino/Trabalho de Conclusão de Curso ( ) extensão ( )pesquisa, intitulada: no período de: no horário de: . Declaro ter conhecimento das Normas do Laboratório de Avaliação Nutricional, responsabilizo-me assim, a cumprir tais regras e normas em prol do bom uso e aproveitamento das atividades, sendo responsável **FINANCEIRAMENTE E ADMINISTRATIVAMENTE**, no caso de dano, furto ou extravio de algum equipamento.

Alfenas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura