



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a saída do(s) equipamento(s) abaixo relacionado(s), com respectivo(s) modelo(s), marca(s) e número(s) de patrimônio da UFF, se houver:

Destino do(s) equipamento(s) _____

Previsão de retorno, se houver _____

Nome do Professor responsável _____; Siape _____

Data: ___/___/____ Assinatura do Professor responsável _____.

AUTORIZAÇÃO

Atendendo à solicitação do Professor(a), eu, Diretor(a) / Vice-Diretor(a) ou Secretária do Instituto Biomédico, autorizo a do(s) equipamento(s) acima indicado(s).

Niterói, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo