



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia

Colegiado do Curso de Fisioterapia

UnB - Campus Ceilândia – Área Especial, Ceilândia Sul – Ceilândia-DF CEP: 72220-140

Fone: (61) 3107-8416 Fax: (61)3107-8420 e-mail: jpcmatheus@unb.br

## ANEXO 3 ACESSO AOS LABORATÓRIOS EM FINAIS DE SEMANA E FERIADOS

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**De:**

Professor(a): \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Universidade de Brasília – Campus Ceilândia

**Para:**

Servidor(a): \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Universidade de Brasília – Campus Ceilândia – Administração Predial (Prefeito do Campus)

Prezado Servidor,

Estando ciente das minhas responsabilidades, venho solicitar autorização para utilização do: Lab de Análise do Movimento Humano ( ); Lab de Desempenho Humano ( ); Lab de Processo de Reabilitação ( ); Lab de Habilidades Terapêuticas ( ); Ginásio Terapêutico ( ) Avaliação e Intervenção ( ) nos dias \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Estarão presentes os sujeitos da pesquisa e os seguintes membros do estudo aptos para tal:

NOME	FUNÇÃO	CONTATO

\_\_\_\_\_  
Professor solicitante/Carimbo

\_\_\_\_\_  
Servidor Responsável pela Adm. Predial/Carimbo

\_\_\_\_\_  
Ciência do gestor do laboratório/Carimbo