

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

 **DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO - DMed/UFSCar**

Eu, **[Nome Completo]**, representando o departamento **[Nome da Organização]**, declaro ser o responsável pelo uso do **[local]** localizado no Departamento de Medicina (DMed) **[I ou II]** da UFSCar, no período de **[Data de Início]** até **[Data de Término]**, das **[Hora de Início]** às **[Hora de Término]**.

Comprometo-me a preservar a integridade das instalações e a manter a limpeza do espaço, assumindo a responsabilidade por quaisquer danos que possam ocorrer durante o período mencionado. Estou ciente de que o DMed não se responsabiliza por ações realizadas por mim ou por meus convidados, nem por materiais deixados no local antes, durante ou após o evento.

Qualquer incidente que ocorrer, em função de imperícia ou omissão, implicará em suspensão do direito de realizar novas reservas por parte deste responsável, assim como, reparar ou repor danos.

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

RESPONSÁVEL

**Telefone:**

**E-mail:**