

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE BENS MÓVEIS PATRIMONIADOS OU NÃO DO INSTITUTO BIOMÉDICO

EU _____ Mat. SIAPE nº _____ solicito à Direção do Instituto Biomédico, a retirada ou saída do(s) bem(ns) móvel(is) abaixo relacionado(s), e identificado(s) conforme modelo(s), marca(s) e número(s) de patrimônio da UFF, se houver:

Destino: _____

Data da saída: _____ BLOCO: _____

Previsão de retorno, se houver: _____

Assinatura Digital do Servidor Requerente

Assinatura Digital/Ciência da Direção da Unidade

DECLARAÇÃO DE ENTRADA DO MATERIAL NO RETORNO AO LOCAL DE ORIGEM

Declaro a entrada de todo o Material Listado acima.

Assinatura (Nome e RG)