SOLICITAÇÃO DE RESERVA DO AUDITÓRIO DO CENTRO DE ARTES

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Setor de Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de contato: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da atividade/evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Horário de início | Horário de término |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Será necessário o uso de microfones: ( ) Sim ( ) Não

* As chaves do auditório deverão ser retiradas e devolvidas na portaria do prédio de Multimeios, mediante apresentação deste documento assinado pelo setor responsável pela reserva e de um documento de identificação.
* Caso necessário, os microfones deverão ser retirados no Estúdio de Música no prédio de Multimeios, mediante apresentação deste documento assinado pelo setor responsável pela reserva e de um documento de identificação.
* O solicitante se compromete a zelar pelo bom uso dos equipamentos e a entregar o auditório nas mesmas condições encontradas inicialmente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Para preenchimento do setor de reservas)

Confirmo a reserva do auditório conforme os dados preenchidos acima:

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

Responsável pelo agendamento:

Siape