

**CENTRO DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA QUÍMICA**

AUTORIZAÇÃO

REFERÊNCIA: _____

Acadêmico: _____ R.A. _____

Acadêmico: _____ R.A. _____

Acadêmico: _____ R.A. _____

Atividades a serem desenvolvidas: _____

Local: Bloco D-90 - Sala/Laboratório: _____

Período: de ___/___/___ a ___/___/___

Horário(s): _____

Professor Responsável: _____

Maringá, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Prof. Responsável

Assinatura e Carimbo da Chefia

ATENÇÃO - PARA TER VALIDADE, ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE NA SECRETARIA DO DEQ – BLOCO D-90 SALA 122, NO HORÁRIO DE EXPEDIENTE, conforme abaixo:

1. ASSINADO PELO PROFESSOR RESPONSÁVEL;
2. DATADO, ASSINADO PELO ACADÊMICO.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA: seg. a sex. das 07h40min às 11h40min e das 13h30min às 17h30min.