**Termo de Retirada de Equipamentos**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** estou vinculada (o) à Instituição de Educação Superior (IES) UniCesumar através da matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_exercendo atividade docente no curso de Medicina desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro que o equipamento abaixo discriminado é de propriedade da UniCesumar e será retirado no dia \_\_/\_\_/\_\_ no período da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para uso exclusivo de trabalho da Liga \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Comprometo-me a: Devolvê-lo em condições idênticas às da sua retirada no dia \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_, sabendo que responderei por quaisquer danos que a ele (s) causar; responsabilizo-me pelo material, manuseio e devolução do equipamento até sua entrega e baixa na Coordenação de Medicina.

| 1-**Nº Patrimônio:** |
| --- |

| Autorizado por: | Ass. colaborador(a): |
| --- | --- |