

Espaço reservado ao Gabinete de Comunicação e Imagem

N.º Data de entrada: Centro de Custos: Analítica:

Espaço reservado à Entidade Requerente

Designação:

Morada:

Código Postal:

Número de Identificação Fiscal:

Nome do(a) Responsável:

Telefone:

Telemóvel:

Correio eletrónico:

ATIVIDADE A REALIZAR

Designação:

Data de realização:

Horário:

Tipologia

N.º de participantes previsto:

ESPAÇOS

- | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auditório | <input type="checkbox"/> Corredores/Hall | Sala de Seminário | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anfiteatro A | <input type="checkbox"/> Átrio(s) | Sala de Aula | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anfiteatro B | <input type="checkbox"/> Sala de Reuniões | Sala de Computadores | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anfiteatro F | <input type="checkbox"/> Sala de Apoio | | |

RECURSOS HUMANOS (1)

- Técnico de Audiovisuais Assistente de Apoio

EQUIPAMENTOS

- | | | | | |
|---|----------|----------------------|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Smart TV | Mesas | <input type="text"/> | Placares | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sistema de som portátil
c/microfone | Cadeiras | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Tela e Projetor | | | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Solicito a emissão de credenciais de acesso para a utilização de internet sem fios

Solicito autorização para reserva de lugares de estacionamento

Solicito autorização para afixação de informação de divulgação durante a atividade

Solicito a gravação áudio do evento (apenas aplicável ao Auditório)

Observações

Ao assinar este documento:

Declaro conhecer as disposições do Regulamento de Cedência e Utilização de Espaços da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFULisboa) por entidades externas.

Concordo com as condições para a utilização do(s) espaço(s) requerido(s) e comprometo-me a cumprir as mesmas.

Autorizo que os dados assinalados neste formulário sejam facultados à Área Financeira e Patrimonial da FFULisboa para faturação inerente à reserva e utilização dos espaços da FFULisboa.

Autorizo que os dados assinalados neste formulário sejam facultados a entidades que efetuem Auditoria financeira à FFULisboa.

Assinatura do Responsável da Entidade Requerente:

Data

Espaço reservado ao Diretor da FFULisboa

Nos termos regulamentos, o presente formulário é: Deferido Indeferido

Fundamentação:

Orçamento:

Assinatura do Diretor da FFULisboa:

Data:
