



**TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE UTILIZAÇÃO DO AUDITÓRIO
SERVIÇOS DE VIDEOCONFERÊNCIA, PALESTRAS OU AULAS**

DADOS DO SOLICITANTE

NOME: _____

Servidor da UFPA: Sim () Não () Matrícula SIAPE: _____

Unidade/UFPA: _____ E-mail: _____

Fone: Resid: _____ Comerc.: _____ Celular: _____

OUTROS CONTATOS

NOME: _____

Servidor da UFPA: Sim () Não () Matrícula SIAPE: _____

Unidade/UFPA: _____ E-mail: _____

Fone: Resid: _____ Comerc.: _____ Celular: _____

SOBRE A CONFERÊNCIA

Assunto: _____

Data do Evento: ____ / ____ / ____ Horário do Evento: ____ : ____ às ____ : ____

INFORMAÇÃO SOBRE O LOCAL REMOTO

Local: _____

Técnico Responsável: _____ E-mail: _____

Fone Fixo: _____ Celular: _____

Via IP (Internet): _____ Via Web/Skype: *site* _____

Outras informações: _____

EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

1. Notebook 2. TV LCD 42" 3. Projetor de mídia 4. Tela para projeção
5. Sistema de Videoconferência 6. Caixa de som e home theater

Belém/PA, ____ / ____ / ____

Assinatura do Requerente: _____ Rubrica do Atendente: _____

Todos os campos são de preenchimento obrigatório