



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**Faculdade de Ceilândia**

**Colegiado do Curso de Fisioterapia**

UnB - Campus Ceilândia – Área Especial, Ceilândia Sul – Ceilândia-DF CEP: 72220-140

Fone: (61) 3107-8416 Fax: (61)3107-8420 e-mail: jpcmatheus@unb.br

## **ANEXO 2**

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO (Aluno de Pesquisa)**

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO que entre si celebram, de um lado a FACULDADE DE CEILÂNDIA/UNIVERSIDADE de BRASÍLIA, Fundação Pública integrante da Administração Federal Indireta, com endereço na QNN 14 Área Especial, Ceilândia Sul, Distrito Federal-DF e de outro lado o(a) professor(a) \_\_\_\_\_ Matrícula nº \_\_\_\_\_, do quadro pessoal permanente da Universidade de Brasília, do Curso de \_\_\_\_\_.

Consonante com as Normas de Utilização e Conservação do Patrimônio Público, bem como as Normas de Utilização dos Laboratórios de Fisioterapia assumo a responsabilidade pelo(a) estudante \_\_\_\_\_ Matrícula nº \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_ regularmente matriculado no Curso \_\_\_\_\_ na utilização dos equipamentos do Laboratório: Lab de Análise do Movimento Humano ( ); Lab de Desempenho Humano ( ); Lab Avaliação e Inter. ( ); Lab de Processo de Reabilitação ( ); Lab de Habilidades Terapêuticas ( ); Ginásio Terapêutico ( ). O qual está apto a utilizar o ambiente acima autorizado, pois está regularizada a documentação exigida: resumo do projeto/equipe de coleta  termo de consentimento livre esclarecido  comprovante de aprovação comitê de ética  e ANEXO 2 em duas vias

Declaro que li e entendias as informações sobre as Regras e Normas de Segurança e Conduta para uso dos Laboratórios de Fisioterapia e os POPs. Ass: \_\_\_\_\_

Contato do discente (fone e e-mail):

Data de recebimento do termo (técnico) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

As datas e/ou período previstos para a utilização são: \_\_\_\_\_

Serão utilizados os equipamentos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Em caso de extravio e/ou dano, total ou parcial, dos equipamentos utilizados, assumo o compromisso de ressarcir a Universidade de Brasília dos prejuízos decorrentes.

\_\_\_\_\_  
Professor solicitante/Carimbo

\_\_\_\_\_  
Estudante

\_\_\_\_\_  
Ciência do gestor do laboratório/Carimbo

Normas aprovadas na 50ª Reunião do Colegiado do Curso de Fisioterapia – FCE/UnB, 05/08/2014.