



# REQUISIÇÃO DE USO

## Centrífuga refrigerada - Z323K



N°

Aluno: \_\_\_\_\_ Orientador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Número de amostra(s): \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Características físicas da(s) amostra(s): \_\_\_\_\_

Hora (Início): \_\_\_\_\_ Hora (Fim): \_\_\_\_\_

### **Informações sobre as amostras:**

**Cuidados com a Centrífuga Refrigerada Z323K:** não centrifugar substâncias explosivas ou deflagrantes.

Eu, \_\_\_\_\_ (RESPONSÁVEL PELO SOLICITANTE),  
abaixo assinado, assumo total responsabilidade por eventuais danos ou avarias causados ao equipamento, decorrentes  
de incompletude, omissão ou imprevisão das informações apresentadas neste formulário.

Aos responsáveis pelo equipamento é reservado o direito da não execução da análise caso seja(m) previsto(s) risco(s)  
ao equipamento.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do solicitante do uso do equipamento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do RESPONSÁVEL pelo solicitante