



REQUISIÇÃO DE USO

Banho ultrasson



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 o Banho ultrasson: manter o nível mínimo permitido de uso da água destilada no banho; trocar a água destilada do banho após o uso; desligar o equipamento após o uso (FALAR COM O TÉCNICO).

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