



REQUISIÇÃO DE USO

Espectrofotômetro UV - 1800



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 Espectrofotômetro UV-1800: remover com papel macio qualquer substância que tenha sido derramada no equipamento; desligar o equipamento após o uso; quando for trabalhar na região do visível usar cubetas de sílica e quando for trabalhar na região do ultravioleta usar cubetas de quartzo.

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