



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
CAMPUS PAU DOS FERROS**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, professor(a) desta instituição de ensino superior, matrícula SIAPE _____, autorizo o(s) discente(s) abaixo elencado(s), a utilizar(em) a sala de _____, sob minha responsabilidade, no(s) dia(s) _____, no horário de _____. Outrossim, assumo total responsabilidade pela utilização do referido espaço no(s) dia(s) e horário(s) supracitado(s).

Pau dos Ferros/RN, ____ de _____ de _____.

Carimbo e Assinatura

Lista dos discentes

NOME	MATRÍCULA