**ANEXO 1**

**TERMO DE CIÊNCIA DAS NORMAS DE BOAS PRÁTICAS DE USO DO LABORATÓRIO DE PESQUISA PROF. DR. WILLIAM PORTILHO DE PAIVA**

Eu, abaixo assinado, declaro que recebi as instruções do Prof. Dr. NEILO MARCOS TRINDADE, sobre as NORMAS DE BOAS PRÁTICAS DE USO DO LABORATÓRIO DE PESQUISA PROF. DR. WILLIAM PORTILHO DE PAIVA do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, campus São Paulo. Ainda declaro que recebi cópia deste documento via e-mail e me comprometo seguir as orientações nele contida, reconhecendo serem elas indispensáveis à minha segurança e a dos meus colegas de trabalho. Sei que o não cumprimento desta norma impossibilitará meu acesso ao laboratório.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Assinatura do usuário** | **RA / RG** |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |
| **\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** |  |  |

RA: Registro acadêmico; RG: Carteira de identidade (Registro Geral)

São Paulo - SP, 01 de setembro de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente responsável pelo laboratório