



AUTORIZAÇÃO PARA USO DE LABORATÓRIO DE CRIAÇÃO CÊNICA

Nome (Docente) _____

Função: _____ Lotação _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____

Autorizo o(s) aluno(s) abaixo relacionado(s) a utilizarem o Laboratório de Criação Cênica, Bloco F, Sala 101, para desenvolver atividades de ensaio.

Nome	RA. ou RG.	Curso

Período de: _____ a _____.

Horário: das _____ **h às** _____ **h**

Observação: _____

Porto Velho, _____ de _____ de 2018

Assinatura