

TERMO DE RESPONSABILIDADE
ENSINO - DOCENTE

Eu, _____, na qualidade de docente do curso de Fisioterapia da UDESC, venho solicitar a utilização da Clínica Escola, sob cessão de uso, para o desenvolvimento das atividades conforme formulário em anexo.

Declaro ser totalmente responsável pelas atividades desenvolvidas durante o período, incluindo atendimentos fisioterapêuticos, e para o fim solicitados e ter conhecimento da necessidade, em minha ausência, de acompanhamento integral das atividades por um profissional habilitado e devidamente registrado no Conselho de Classe e por mim autorizado no formulário preenchido em anexo.

Afirmo ter ciência de todo o conteúdo constante no Regimento Interno vigente da Clínica Escola de Fisioterapia e, sendo assim, comprometo-me a respeitá-lo em sua integralidade, bem como zelar pela preservação das instalações e equipamentos utilizados nas dependências da Clínica Escola, além da organização dos espaços físicos por mim solicitados.

Florianópolis, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor

responsável pela disciplina

Matrícula UDESC: _____

Conselho de classe: _____

Nº registro conselho: _____