



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone () _____ Celular () _____

E-mail: _____ Data de Nascimento: _____

VÍNCULO INSTITUCIONAL:

Aluno Categoria do curso: Nível Médio (EPSJV) Atualização Especialização
 Mestrado Doutorado

Curso: _____

Unidade: _____ Período de vínculo: de _____ a _____

Funcionário – Matrícula SIAPE: _____

Pesquisador visitante Professor Estagiário Bolsista Funcionário Terceirizado

Comunidade externa Outro. Especificar: _____

Unidade a que pertence: _____

Departamento ou Laboratório: _____ Sala: _____ Tel: _____ Ramal: _____

Obs.: Caso o usuário não seja servidor da FIOCRUZ, o cadastro deve ser assinado e carimbado no espaço abaixo.

TEM INTERESSE EM SE CADASTRAR EM OUTRAS BIBLIOTECAS DO ICICT?

Biblioteca de Saúde Pública (ENSP) Biblioteca da Saúde da Mulher e da Criança (IFF)

Concordo com o “Regulamento da Biblioteca de Ciências Biomédicas”, disponível na página da Biblioteca na Internet: <http://www.fiocruz.br/bibcb/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=97>

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do usuário: _____

De acordo (chefia): _____

Carimbo: _____

O cadastro e a carteira do usuário são válidos pelo seguinte período: ____/____/____ a ____/____/____

Assinatura do funcionário da Biblioteca: _____

Documentos necessários: cópia do crachá ou carteira funcional e comprovante de residência.

Telefone para atendimento ao usuário: (21) 3865-3220.

Av. Brasil, 4365 – Pavilhão Haity Moussatché – 2º andar – Manguinhos - 21040-900 Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel: (55-21) 3865.3235 / 3865.3253 / 3865.3131