

**SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE BENS MÓVEIS PATRIMONIADOS OU NÃO DA FACULDADE DE FARMÁCIA**

Solicito à Direção desta Faculdade de Farmácia, a retirada ou saída do(s) bem(ns) móvel (is) abaixo relacionado(s), e identificado(s) conforme modelo(s), marca(s) e número(s) de patrimônio da UFF, se houver:

---

---

---

---

---

Destino do(s) equipamento(s): \_\_\_\_\_

Data da saída: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Previsão de retorno, se houver: \_\_\_\_\_

**Dados do funcionário/responsável pela retirada do bem móvel:**

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de identificação nº : \_\_\_\_\_

**Dados do Servidor requerente e responsável pelo bem móvel:**

Nome: \_\_\_\_\_

SIAPE nº : \_\_\_\_\_

Niterói, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Professor Requerente

**AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO**

Niterói, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo