

Nome (do requisitante ou responsável): _____

Morada: _____

Localidade: _____ - _____

Tel: _____ | CC: _____ E-mail: _____

Afiliação (nome da Escola ou Empresa): _____

Curso: _____ Ano: _____ Turma: _____

Comprovativo: n.º estudante: _____ n.º mecanográfico: _____

FIM DA UTILIZAÇÃO (assinar apenas uma opção)	TIPO DE UTILIZAÇÃO (assinar apenas uma opção)	LOCAL ATRIBUÍDO (assinar apenas uma opção)
Estudo <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Coworking (piso 2) <input type="checkbox"/>
Investigação <input type="checkbox"/>		Sala de Instrumento * (piso 1) <input type="checkbox"/>
Trabalho <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/>	Sala de Informática * (piso 2) <input type="checkbox"/>
Outro (audiovisual, informática, música, etc..) <input type="checkbox"/>	(em caso de grupo, indicar o n.º de utilizadores) <input type="checkbox"/>	Sala de Reuniões * (piso 0) <input type="checkbox"/>
		Sala de Trabalho (piso 0) <input type="checkbox"/>

*A utilização dos locais assinalados só pode ser efetuada mediante reserva prévia.

PERÍODO DE UTILIZAÇÃO (indicar uma previsão)		
Diário <input type="checkbox"/> (1 dia ou esporadicamente)	Manhã <input type="checkbox"/>	Horário Das _____ às _____
Semanal <input type="checkbox"/> (vários dias por semana)	Tarde <input type="checkbox"/>	
	Noite <input type="checkbox"/>	

O requisitante aceita as normas de funcionamento do STUDY and WORK CENTER, declarando-se responsável pelo equipamento, durante todo o período de utilização, devendo-o entregar à entidade abonadora, nas condições em que lhe foi abonado.

Os utilizadores aceitam serem os únicos responsáveis pela vigilância e conservação dos bens e equipamentos, nada tendo a exigir a qualquer título ao Município de Castelo Branco, designadamente, em caso de desaparecimento ou danos nos mesmos.

O Requisitante

O STUDY and WORK CENTER

Data: ____ / ____ / ____