**VISITA TÉCNICA NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

**Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituição:** | **Curso:**  |
| **Disciplina:**  |
| **Professor responsável:** | **Contato telefônico: ( )**  |
| **Email:**  |
| **Quantidade de Estudantes:**  |
| **Objetivos da visita:** |
| **Local da visita: ( )Restaurante Universitário ( )Cantina** |
| **Data:**  | **Horário de início:** | **Horário de término:** |
| **Termo de compromisso:** **Declaro ter ciência que o Serviço de Nutrição/CCOM/UFG/RC e empresa fornecedora de refeições (NUTRIR REFEIÇÕES COLETIVAS) não se responsabilizam, por pertences pessoais do estudante (aparelhos celulares, notebooks, malas, vestimentas, acessórios, relógios, joias, etc.);****Declaro ainda ter ciência sobre as orientações de acesso ao espaço não sendo autorizado o uso de imagens dentro da área interna e obrigatório o uso de equipamentos de proteção individual.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Professor responsável** |