**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** | | | | |