1. **DADOS DO REQUERENTE**:

NÚMERO USP:

NOME COMPLETO:

TELEFONE (DD+NUMERO): EMAIL:

 [x] ALUNO DE IC

[x] ALUNO DE MESTRADO

[x] ALUNO DE DOUTORADO

[x]

[x] PROFESSOR COLABORADOR OU VISITANTE

[x] ALUNO DE GRADUAÇÃO

**DEPARTAMENTO:**

[x] ASTRONOMIA/GRADUAÇÃO

[x] GEOFÍSICA/GRADUAÇÃO

[x] CIÊNCIAS ATMOSFÉRICAS/GRADUAÇÃO

**TERMO DE COMPROMISSO:**

Através do presente Termo, assumo total responsabilidade pela senha sendo única e intransferível e por todos os atos e uso desta conexão. Tendo conhecimento de que o acesso é restrito as pessoas autorizadas e que todas ações executadas neste sistema serão registradas, podendo ser utilizadas para qualquer fim definido por este Instituto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO (PREECHIMENTO EXCLUSIVO DO DOCENTE RESPONSÁVEL)**

* + - 1. **DADOS DO DOCENTE RESPONSÁVEL – IAG:**

NOME:

EMAIL:

2. **TERMO DE AUTORIZAÇÃO:**

Através do presente Termo, assumo a responsabilidade de autorizar e definir a data de encerramento da respectiva conta.

Data de Encerramento:Clique ou toque aqui para inserir uma data.

Assinatura do Docente responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anuência da Chefia do Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Renovação da Data de Encerramento: Clique ou toque aqui para inserir uma data.Assinatura do Docente responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |