**Termo de Responsabilidade de Utilização das Salas de Videoconferência da Unidade de Telessaúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **Informações do solicitante** |

Nome: Inserir o nome completo

Celular: (DDD) XXXXX-XXXX Ramal: XXXXX-XXXX

E-mail: Inserir o e-mail

Vínculo institucional: Selecione a função atual do solicitante

Curso: Insira o curso, no caso de discente de graduação ou técnico

Programa de Pós-Graduação: Insira o Programa de Pós-Graduação, no caso de discente de Pós-Graduação

Setor: Insira o setor de lotação, no caso de servidor

|  |
| --- |
| **Informações sobre a utilização das Salas de Videoconferência da Unidade de Telessaúde do HC-UFTM** |

Sala a ser utilizada: Selecione a sala que será utilizada para a atividade

Nome da atividade: Inserir o nome da atividade para divulgação no calendário

Data da atividade[[2]](#footnote-2): Clique aqui para selecionar uma data

Horário de início da atividade: Selecione o horário Horário de término da atividade: Selecione o horário

Número de estimado de participantes da atividade[[3]](#footnote-3): Inserir o número estimado de participantes presencial

Natureza da atividade: Selecione a natureza da atividade

Uso de tecnologia: Selecione a tecnologia a ser utilizada na atividade

|  |
| --- |
| **Informações sobre o local remoto (Para videoconferência e webconferência)** |

Nome da instituição: Inserir o nome da instituição

Nome do participante ou responsável pelo grupo participante: Inserir o nome

Celular: (DDD) XXXXX-XXXX

Nome do responsável técnico pela atividade: Inserir o nome

Telefone do responsável técnico pela atividade: (DDD) XXXXX-XXXX

E-mail do responsável técnico pela atividade: Inserir o e-mail

Marca do equipamento, no caso de videoconferência: Inserir a marca

Endereço IP do equipamento, no caso de videoconferência: Inserir o IP

Sala: Inserir, se necessário o nº da sala de videoconferência

|  |
| --- |
| **Declaração** |

Eu, Inserir o nome completo do solicitante, declaro estar ciente com a “Norma Operacional - Utilização das Salas de

Videoconferência da Unidade Telessaúde” e que serei o responsável pela integridade dos equipamentos durante a utilização da sala pelo período por mim reservado, bem como por sua devolução nas condições prévias ao meu uso.

Uberaba, Clique aqui para selecionar uma data

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Norma Operacional - Utilização das Salas de Videoconferência da Unidade Telessaúde. [↑](#footnote-ref-1)
2. Caso a reserva seja para mais de uma data, preencher outro termo. [↑](#footnote-ref-2)
3. Realizar o controle de presença dos participantes por meio da “Lista de presença dos participantes nas atividades realizadas nas Salas de Videoconferência da Unidade Telessaúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro”, disponível na sala a ser utilizada. [↑](#footnote-ref-3)