**SISTEMA ELETRÔNICO DE ACESSO**

**ATIVAÇÃO CARTÃO USP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (\*preenchimento obrigatório)** | | |
| NOME COMPLETO\*: | | |
| No. USP\*: | UNIDADE DE ORIGEM\*: | |
| E-MAIL (pessoal)\*: | | TELEFONE: |

**MOTIVO DA ATIVAÇÃO**

|  |
| --- |
| ESPECIFIQUE AQUI A ATIVIDADE A SER DESENVOLVIDA NO IFSC, lembrando que: (1) todos os docentes da USP já estão com seus cartões habilitados; e (2) todos os alunos de graduação e pós-graduação do campus de São Carlos também.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**USO DO BICICLETÁRIO FECHADO PRÓXIMO AO PRÉDIO DOS DEPARTAMENTOS**

|  |
| --- |
| ☐SIM ☐NÃO |

**RESPONSÁVEL PELO SOLICITANTE (se houver)**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

**SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data |

**DEFERIMENTO DO CHEFE DE ÁREA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐Defiro | ☐Indefiro | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura Assist. Téc. Acadêmico ou Administrativo ou Chefe de Departamento | | |

**VALIDADE**

|  |
| --- |
| Término da vigência (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* A vigência máxima do cartão deve ser de 12 meses, a contar da data de deferimento. Para prorrogação, um novo formulário deverá ser preenchido. |