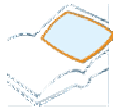


Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde



Biblioteca de Saúde Pública

## FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NA BIBLIOTECA DE SAÚDE PÚBLICA

### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### VÍNCULO INSTITUCIONAL

**Aluno**    Categoria do curso:     Aperfeiçoamento     Atualização     Especialização     Mestrado     Doutorado

Curso: \_\_\_\_\_ Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Funcionário (Documento necessário: crachá ou carteira funcional)**

Unidade: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

**Pesquisador visitante**     **Estagiário**     **Bolsista**     **Professor**     **Comunidade externa**

**Outro. Especificar:** \_\_\_\_\_

OBS: Caso o usuário não seja servidor da FIOCRUZ, o cadastro deve ser assinado e carimbado no espaço determinado pelo funcionário institucional, chefe de departamento, coordenador, etc.

Concordo com o "Regulamento da Biblioteca de Saúde Pública"

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Assinatura do usuário: \_\_\_\_\_

O cadastro e a carteira do usuário são válidos pelo seguinte período:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2008 à \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008

Assinatura do funcionário da Biblioteca:

\_\_\_\_\_