**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos que conhecemos e aceitamos o regulamento para utilização do auditório do Centro de Formação dos Professores (CFP)e que devemos, com antecedência de pelo menos cinco dias em relação à data agendada, entregar esse Termo de Responsabilidade na Secretaria Municipal da Educação, devidamente identificado e assinado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidade/Instituição Organizadora |  | |
| Data do evento: | Horário de início: | Horário de término: |
| Nome e descrição do evento: | | |
| Palestrantes |  | |
| Público estimado |  | |
| No. Participantes |  | |
| Responsável pelo evento |  | |
| Telefone |  | |
| E-mail |  | |

**VISTORIA DO AUDITÓRIO**

Declaramos para os fins de comprovação que acompanhamos a vistoria do auditório do Centro de Formação dos Professores, no dia , às horas; recebendo o mesmo em perfeitas condições de uso. Declaramos, ainda, que nos responsabilizamos pelos danos que possam ocorrer e estamos cientes das orientações e do regulamento do auditório da SME.

Condições das instalações:

**Itu (SP) , de de .**

Assinatura do Solicitante Assinatura SME

\*Imprimir 02 vias deste termo.