FIOCRUZ IFF INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA ICICT Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIOS

BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

DADOS PESSOAIS

Nome completo (ou nome social):

Data de nascimento: CPF (ou nº do passaporte):

Endereço:

Complemento: CEP:

Bairro: Cidade: UF:

CONTATOS

E-mail: Celular:

VÍNCULO INSTITUCIONAL

Unidade: -

Aluno: ☐ Especialização ☐ Residência ☐ Mestrado ☐ Doutorado

Matrícula: Curso:

☐ Servidor público Matrícula SIAPE:

☐ Terceirizado ☐ Estagiário ☐ Bolsista

☐ Outro:

Setor: Telefone:

E-mail institucional:

Após o preenchimento completo do formulário e assinaturas exigidas, encaminhe-o para o e-mail **bibsmc@fiocruz.br**, juntamente com a cópia digital (foto ou digitalização) do crachá institucional.
A validação do cadastro estará condicionada ao recebimento e à conferência dos documentos enviados.

☐ DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

ATENÇÃO: Usuários que não sejam servidores da Fiocruz devem obter a assinatura de sua chefia imediata no campo "De acordo". No caso de estudantes, o campo deverá ser assinado por um servidor da Secretaria Acadêmica.

Rio de Janeiro, inserir data

Assinatura do(a) usuário(a):

De acordo (chefia/secretaria acadêmica):

Documento necessário para o cadastro: Crachá da instituição
Em caso de dúvidas, envie um e-mail para bibsmc@fiocruz.br

Aviso de Privacidade: Os dados informados serão utilizados exclusivamente para o cadastro e a gestão dos serviços da Biblioteca, conforme a LGPD (Lei nº 13.709/2018). O CPF é solicitado para identificação do usuário e controle administrativo. O acesso é restrito à equipe da biblioteca. O titular pode exercer seus direitos previstos na LGPD pelo contato: bibsmc@fiocruz.