



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz  
Casa de Oswaldo Cruz - COC

FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NA BIBLIOTECA DE HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS E DA SAÚDE

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VÍNCULO**

Aluno  
Categoria do curso:  Atualização  Especialização  Mestrado  Doutorado  
Curso: \_\_\_\_\_  
Unidade: \_\_\_\_\_ Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Servidor - Matrícula no SIAPE: \_\_\_\_\_  
 Pesquisador visitante - Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 Estagiário - Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 Bolsista - Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 Terceirizado  
 Outros Especificar: \_\_\_\_\_  
Unidade a que pertence: \_\_\_\_\_  
Departamento ou Laboratório: \_\_\_\_\_  
Sala: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

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 BHCS"

Nome e rubrica do Servidor: \_\_\_\_\_

Matrícula no SIAPE: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

O cadastro e a carteira do usuário são validos pelo seguinte período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário

Documentos necessários: Cópia do crachá, carteira funcional ou declaração da Secretária Acadêmica e comprovante de residência.

Informações: Biblioteca de História das Ciências e da Saúde – e-mail: bibliotecahcs@fiocruz.br

Avenida Brasil, 4365 – Prédio do Centro de Documentação e História da Saúde – CDHS  
sala 103 e 104 - Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP: 21040-900  
Tel: (21) 2126-3496 - ramais 3401, 3404