**FORMULÁRIO DE DESCRIÇÃO DAS INSTALAÇÕES DO LABORATÓRIO**

**DOCENTE RESPONSÁVEL:**

|  |
| --- |
|       |

**LABORATÓRIO:**

|  |
| --- |
|       |

**LOCALIZAÇÃO:**

|  |
| --- |
| FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCF/USP), Avenida Lineu Prestes, nº 580, bloco Escolher um item., Campus Universitário da Capital – São Paulo – SP. |

**DIMENSÕES:**

|  |
| --- |
|       |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS RELACIONADAS À BIOSSEGURANÇA:**

|  |
| --- |
| Área destinada a manipulação de OGMs / AnGMs, Nível - Escolher um item., atendendo às determinações da Resolução Normativa CTNBio nº 2, de 27/11/2006. |

**EQUIPAMENTOS PARA EXPERIMENTOS:**

|  |
| --- |
|       |

**(1.000 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA:**

|  |
| --- |
|       |

**(1.000 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA:**

|  |
| --- |
| Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) a 2.000 metros do Laboratório. |

São Paulo, DIA de MÊS de ANO.

Assinatura do Pesquisador Principal