

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Física “Gleb Wataghin”
Laboratório de Ensino em Física Médica

Declaração Voluntária de Gravidez

(imprimir e assinar duas vias)

Eu _____,
venho por meio deste, declarar voluntariamente minha gravidez ao supervisor de radioproteção responsável pelo Laboratório de Ensino em Física Médica, pertencente ao Instituto de Física “Gleb Wataghin” da Universidade Estadual de Campinas. Eu informei meu supervisor imediato (ou docente responsável) _____,
por escrito, na data _____. A data da última menstruação (D.U.M) é _____.

Data

Declarante