****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA**

**BIBLIOTECA SETORIAL DE CIÊNCIAS MÉCICAS**

**TERMO DE DOAÇÃO**

Os materiais informacionais oferecidos, em doação, para a Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) deverão ser acompanhados de listagem e só serão aceitos com entendimento explícito de que deverão passar por uma seleção, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Biblioteca para o desenvolvimento da sua coleção. Os itens selecionados serão incorporados ao acervo em sua sequência normal, evitando-se ordenações diferenciadas. À Biblioteca Setorial reserva-se o direito de permutar, doar ou descartar as doações não selecionadas.

**DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF/CNPJ\* n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado \_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, por este Instrumento, transfere, incondicionalmente, à Biblioteca Setorial do CCM-UFPB, situada na Cidade Universitária – Campus I, Castelo Branco – João Pessoa/PB, todos os direitos sobre os materiais documentais doados nesta data, cuja relação encontra-se discriminada em anexo, contendo título e quantidade de exemplares.

Declaro ter tomado ciência e estar de acordo com a política adotada pela Biblioteca em relação às doações.

João Pessoa,(PB) \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela doação

Telefone com DDD:

\*Campo obrigatório



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA**

**BIBLIOTECA SETORIAL DE CIÊNCIAS MÉCICAS**

**RELAÇÃO DOS LIVROS DOADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título do livro** | **Quantidade** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do responsável pelo recebimento da doação**