Texto

Descrição gerada automaticamente

Universidade Estadual de Campinas

Pró-Reitoria de Pesquisa

***Espaço da Escrita***

www.prp.unicamp.br | Tel. 55 19 3521-2950

**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS**

**Solicitante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | Matrícula: |
| Unidade: | Depto.: | |
| Telefone: | E-mail: | |

**Orientando (se houver)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Telefone: | E-mail: |
| ( ) Graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Texto**

|  |
| --- |
| Título: |
| Periódico/livro ao qual o trabalho será submetido: |
| Editora e link na internet: |

**Serviço solicitado**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de serviço  ( ) Versão para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (idioma)  ( ) Revisão de texto em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (idioma) | Número de palavras (máximo 8.000): |

**Importante**

|  |
| --- |
| 1. O presente formulário, devidamente preenchido e assinado, deverá ser enviado para [escrita@unicamp.br](mailto:escrita@unicamp.br) acompanhado do artigo e glossário de termos técnicos, artigos de apoio ou artigo original/prévio, se houver, como referência para o tradutor/revisor. 2. O artigo deverá ser enviado em formato “.doc” ou “.docx”, exclusivamente. 3. Somente serão executados serviços solicitados por docentes (todas as carreiras da Unicamp), pesquisadores (Carreira PQ) e professores/pesquisadores colaboradores aposentados Unicamp. 4. Até 5 dias úteis após receber o serviço, preencher e enviar para escrita@unicamp.br o formulário de avaliação dos serviços do Espaço da Escrita. 5. Até 2 meses após o recebimento do serviço, enviar para escrita@unicamp.br a comprovação da submissão do artigo ao periódico ou do capítulo à editora, conforme o caso. 6. Informar ao Espaço da Escrita sobre o aceite e a efetiva publicação do trabalho. 7. No caso de serviços insatisfatórios, notificar o Espaço da Escrita ([escrita@unicamp.br](mailto:escrita@unicamp.br)) no prazo máximo de 180 dias a contar da data do recebimento do serviço. 8. Este formulário deve ser assinado digitalmente, preferencialmente via sistema SIGAD/Unicamp (Resolução GR 54/2017), tanto pelo solicitante quanto pela direção da Unidade/Órgão. |

**Declaração**

|  |
| --- |
| Declaro estar ciente e de acordo com todas as normas que regulamentam a utilização dos serviços de tradução e revisão oferecidos pelo Espaço da Escrita, disponíveis em <https://www.prp.hom.unicamp.br/orgaos/espaco-da-escrita/> |

**Data:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Assinaturas:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Solicitante) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Diretor da Unidade) |