

ANEXO VI

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ CPF _____

RG: _____ UF: _____ emissor: _____ Data de

Nasc: ____/____/____,

Endereço: _____,

Número: _____,

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____,

Estado: _____, e-

mail: _____,

autorizo os seguintes termos:

1. AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR

O estudante identificado nesta ficha, por si ou por seu representante legal, AUTORIZA a realização de atendimento profissional multidisciplinar no âmbito educacional (Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Pedagogia).

2. AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM/VOZ

O estudante identificado nesta ficha, por si ou por seu representante legal, AUTORIZA ao IFRR, a utilização de sua imagem e nome para fins exclusivos de divulgação de suas atividades, podendo reproduzi-los ou divulgá-los junto à rede de computadores (internet), jornais, revistas, mídias eletrônicas, folders e todos os meios de comunicação disponíveis, sejam eles públicos ou privados.

A presente autorização é concedida a título gratuito, sem que nada possa ser reclamado, a qualquer título .

Boa Vista-RR, ____
de _____ de 202 ____.

Assinatura do candidato

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal (quando o candidato tiver idade inferior a 18 anos).

Nome do responsável:_____

CPF do responsável:_____