ANEXO IX

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador da cédula de identidade RG n.° _____inscrito no CPF sob nº. _____de nacionalidade:_____ residente à avenida/rua _____ , nº_____ , bairro_____, município de _____, Estado_____, 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 utilizar 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 20 ___.

_____

Assinatura do candidato

_____

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

Nome do responsável:

Telefone p/ contato: