



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA
CAMPUS BOA VISTA ZONA OESTE

ANEXO VIII

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, estado civil _____,
portador da cédula de identidade RG n.º _____ inscrito no CPF sob
n.º _____ de nacionalidade: _____ residente à
avenida/rua _____, n.º _____, 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: _____

CPF do responsável: _____

Telefone p/ contato: _____