



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,

residente na cidade de \_\_\_\_\_, e telefone

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **autorizo** o Programa de Pós-graduação em Educação e

Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté, que compreende o **Mestrado em**

**Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais** e o **Mestrado Profissional**

**em Educação** a utilizar minha imagem, voz e informações obtidas eventualmente em entrevistas

realizadas durante as **atividades acadêmico-científicas** e/ou nos **eventos** promovidos pelos

mesmos para **divulgação** no site do Programa. Esta autorização implica na **cessão gratuita**, em

caráter definitivo, dos direitos de uso e não está vinculada a qualquer tipo de remuneração,

fazendo-se sem qualquer ônus por parte dos envolvidos.

Por estar ciente e de acordo, firmo o presente.

Taubaté, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura