



TERMO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____
, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob
nº _____, residente à _____
_____, nº _____, na cidade de _____
_____, estado _____, AUTORIZO o uso de minha
imagem em fotos ou filme, sem finalidade comercial, para ser utilizada no âmbito das
atividades do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM . A presente
autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em
todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das
seguintes formas: (I) *home page*; (II) cartazes; (III) redes sociais, (IV) divulgação em geral. Por
esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada
haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

_____de_____de _____