

## AUTORIZAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_

( ) Autorizo a divulgação de meu nome como tendo sido candidato à seleção do Projeto Equidade na Pós-graduação.

( ) Autorizo a divulgação de meu nome, minha imagem e eventuais textos que venha a produzir relacionados ao Projeto Equidade na Pós-graduação para, eventualmente, serem utilizados em materiais de divulgação do referido projeto, para uso da Universidade Estadual de Ponta Grossa e da Fundação Carlos Chagas.

( ) Autorizo a utilização das informações contidas em meu dossiê do Projeto Equidade na Pós-graduação, para fins de pesquisa, resguardando o anonimato.

Ponta Grossa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinatura \_\_\_\_\_

Protocolo nº \_\_\_\_/\_\_\_\_