



AUTORIZAÇÃO

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nome da Mãe ou Responsável: _____

Nº do RG: _____

Nº do CPF: _____

Autorizo o/a menor _____, RG _____, estudante do/a (escola) _____, a participar do Programa **XVII Ciência & Arte nas Férias 2019**, a ser realizado na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), localizada em Piracicaba - SP, no período de 7 de janeiro a 1 de fevereiro de 2019 – segunda a sexta-feira – das 8h30 às 17h30, bem como das oficinas a serem realizadas na Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, localizada no distrito de Barão Geraldo, Campinas – SP, nos dias 7, 9, 16, 23, 30 de janeiro e 01 de fevereiro de 2019, bem como a cessão de direitos para uso de imagem e som da Universidade Estadual de Campinas, para fins de divulgação institucional no referido programa.

O transporte entre Piracicaba-Campinas será realizado por ônibus fretado concedido pela UNICAMP.

Data: 07/01/2019

Assinatura da mãe ou responsável