



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 **XVIII Ciência & Arte nas Férias 2020**, a ser realizado na
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), localizada em Piracicaba
- SP, no período de **6 a 31 de janeiro de 2020** – 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 6,
8, 15, 22, 29 e 31 de janeiro de 2020, 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: 06/01/2020

Assinatura da mãe ou responsável