

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO II CONCURSO DE FOTOGRAFIA SOBRE A AMAMENTAÇÃO – ANO 2019 DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DE CONDE/PB

(este documento deverá ser preenchido e assinado pela fotógrafa, e entregue junto com a fotografia no ato de inscrição)

Pelo presente Termo de Autorização:
_____, portadora do RG nº _____
e do CPF nº _____
_____, residente e domiciliado no endereço
_____, na cidade de Conde/PB, e-mail:
_____, celular: _____, para

todos os fins de direito, **DECLARO QUE QUERO PARTICIPAR do CONCURSO FOTOGRÁFICO SOBRE A AMAMENTAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CONDE/PB, e por consequência AUTORIZO a veiculação e o uso da(s) imagem(ens) elaborada(s) para efetivação da inscrição no dito concurso.** Por fim, declaro estar ciente dos Termos do Regulamento do Concurso, disponível no site <http://conde.pb.gov.br/>. Por esta ser a expressão da nossa vontade, assino abaixo.

Conde, _____ de agosto de 2019.

assinatura