



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO
VIA DO CAFÉ, S/Nº - CIDADE UNIVERSITÁRIA - RIBEIRÃO PRETO - SP - 14049-903

SEÇÃO DE APOIO INSTITUCIONAL

FONE: (16)3602.4182

AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO E USO DE IMAGEM

Eu, _____,
portador(a) da cédula de identidade nº _____, expedida por _____,
autorizo a *Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto*, da Universidade de São
Paulo, a gravar, em vídeo e fotografia, o evento _____
_____, apresentado
nesta data em suas dependências, e veicular minha imagem e depoimentos em qualquer meio de
comunicação para fins didáticos, de pesquisa e divulgação de conhecimento científico, sem
quaisquer ônus e restrições.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de
direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO CEDENTE