|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

PRÊMIO AMIGOS DA VOZ

FICHA DE INSCRIÇÃO E TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VÍDEO E IMAGEM

Eu (nós), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonoaudiólogo(a, os, as) associado(a, os, as) da SBFa e responsável(is) pela ação intitulada “ ”, realizada na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em (data ou período de realização) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encaminho(amos) o material necessário para concorrer ao ***Prêmio Amigos da Voz - Melhores Ações em Voz em Comemoração ao dia 16 de abril de 2024****,* com a finalidade de divulgar ações, e autorizo(amos) a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia a utilizar as imagens, sons, vídeos e demais documentos usados nesta Campanha 2024, desde que preservados os nomes dos responsáveis e respectivas instituições.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instituição:** | | | |
| *Nome* - *Sigla*: | | | |
|  | | | |
| **Responsável(is):** | | | |
| *Nome*: | *Contato*: E-mail: | | |
| Telefone: ( ) | | |
| *Endereço*: Rua: | Nº: | | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | | Cidade-Estado: |
| *Nome*: | *Contato*: E-mail: | | |
| Telefone: ( ) | | |
| *Endereço*: Rua: | Nº: | | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | | Cidade-Estado: |
|  | | | |
| **Participantes:** | | | |
| *Nome*: | | *Contato*: E-mail:  Telefone: ( ) | |
| *Nome*: | | *Contato*: E-mail:  Telefone: ( ) | |
| *Nome*: | | *Contato*: E-mail:  Telefone: ( ) | |
| Observação: No caso de mais participantes pode acrescentar linhas | | | |
| **Endereço de acesso para vídeos:** | | | | |

Atenciosamente,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data: / / 2024 | Assinatura do responsável |  | Assinatura do responsável |