



DEPARTAMENTO DE DISFAGIA

PRÊMIO CAMPANHA DO DIA NACIONAL DE ATENÇÃO À DISFAGIA 2025

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

Eu, _____, fonoaudióloga(o) associada(o) da SBFa e responsável pela campanha intitulada “_____”, realizada na cidade de _____, estado de _____ em (data ou período de realização) _____, encaminho o material necessário para concorrer ao *Prêmio Campanha Do Dia Nacional De Atenção À Disfagia 2025* e autorizo a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia a utilizar as imagens, sons, vídeos e demais documentos usados neste trabalho, desde que preservados os nomes dos responsáveis e respectivas instituições.

Instituição:

Nome - Sigla:

Responsável:

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: / / 2025.

Assinatura do responsável

