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

# II Prêmio Shark Tank Gestão em Disfagia - 2025 FICHA DE INSCRIÇÃO E TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VÍDEO E IMAGEM

# Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonoaudióloga(o) associada(o) da SBFa e responsável pelo Projeto intitulado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, realizada na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encaminho o material necessário para concorrer ao *II Prêmio Shark Tank Gestão em 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: |
|  | | |
|  | | |

Atenciosamente,

\_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável