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

# 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 | | | |