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

# DEPARTAMENTO DE DISFAGIA

# PRÊMIO CAMPANHA DO DIA NACIONAL DE ATENÇÃO À DISFAGIA 2025FICHA 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 |