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

# PRÊMIO CAMPANHA “AMIGOS DA VOZ”

# MELHORES AÇÕES EM VOZ EM COMEMORAÇÃO AO DIA 16 DE ABRIL DE 2025

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 Campanha “Amigos da Voz” - Melhores Ações em Voz em Comemoração ao dia 16 de abril de 2025, 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 de 2025, 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 materiais, incluindo vídeos:** |

Atenciosamente,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data: / / 2025 | Assinatura do responsável 1 |  | Assinatura do Responsável 2 (se houver) |