

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPG**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**

**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – DEF**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE CLÍNICA E ESCOLAR/ TURMA 1**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO ACADÊMICO DE AUDIOVISUAL DE MENOR DE IDADE E/OU DEPENDENTE**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal do menor e/ou dependente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante do Curso de Especialização em Psicomotricidade Clínica e Escolar a fixar, armazenar e exibir dados audiovisuais do menor e/ou dependente citado com o fim específico de inserí-las nas informações que serão geradas na avaliação do componente curricular Intervenção Psicomotora na Clínica e em outras publicações científicas e em eventos delas decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso dos audiovisuais do menor e/ou dependente, pelo qual sou representante, para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o seu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O(A) estudante responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assegurou-me que os dados serão armazenados em arquivos digitais de uso exclusivo dos estudantes e professores do Curso de Especialização supracitado, sob sua responsabilidade, por cinco anos, e após esse período, serão destruídas.

Foi-me assegurado pelo(a) estudante, que serei livre para interromper a participação na pesquisa do menor e/ou dependente que represento legalmente a qualquer momento e/ou solicitar a posse das imagens desse.

Natal, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Assinatura do representante legal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) estudante responsável**