

**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**

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA DE ESTUDANTE DO CURSO DE PSICOMOTRICIDADE CLÍNICA E ESCOLAR**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante do Curso de Especialização em Psicomotricidade Clínica e Escolar a realizar Intervenção Psicomotora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no estabelecimento sob minha responsabilidade, entre os dias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do ano de 2018.

A presente autorização abrange visitas para reconhecimento do local e das realidades, realização de avaliações prévias, realização da intervenção propriamente dita e devolutiva para a instituição na forma de relatório.

O(A) estudante responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assegurou-me que esta atividade é de caráter voluntário e exclusiva para o processo de avaliação no Componente Curricular Intervenção Psicomotora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, não caracterizando vínculo de estágio ou empregatício de qualquer natureza.

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

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

**Assinatura do representante legal**

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

**Assinatura do(a) estudante responsável**