



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_, Portador do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro na qualidade de \_\_\_\_\_ (pai/mãe ou tutor legal) que para todos os efeitos legais autorizo o menor \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, a participar do Benefício Vocacional, organizada pela ASSIST – Associação dos Servidores Municipais, Estaduais e Federais do Rio de Janeiro. Através da plataforma online Zoom.

- Autorizo o uso de imagem do menor em todo e qualquer material da Associação, entre vídeos, fotos e documentos, para divulgação e eventos na ASSIST, sem qualquer ônus pela referida participação.

Declaro que tenho conhecimento das cominações legais resultantes do meu ato.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Responsável pelo menor

---

Responsável pelo Benefício Vocacional

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

- É obrigatório o envio de um documento com foto, nome completo e data de nascimento do responsável junto com esta autorização. Sem estes, o menor não poderá participar.
- A assinatura do responsável deverá ser idêntica ao documento com foto apresentado.