**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu, (nome do(a) farmacêutico(a), (nacionalidade), (estado civil), portador(a) da Cédula de Identidade RG nº (número), inscrito(a) no CRF/SE sob nº (número), residente à Rua (endereço), nº (nº), (cidade)–(Estado), **AUTORIZO o uso da minha imagem e das demais pessoas presentes na foto comigo** para ser utilizada na campanha do “Natal de Esperança 2020” do Conselho Regional de Farmácia de Sergipe (CRF/SE).

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, sob qualquer forma e meios, sejam eles impressos, ou digitais e em toda e qualquer mídia.

Por esta ser a expressão da minha vontade e das demais pessoas presentes na foto comigo declaro que autorizamos o uso acima descrito dessa imagem, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos a minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (dias) vias de igual teor e forma.

(Cidade),(Estado),(Data xx/xx/xxxx)

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

Assinatura

Telefone p/ contato:(\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_