

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO**

**REITORIA**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**

Avenida Professor Luiz Freire, no 500 – Cidade Universitária – Recife – CEP: 50.540-740

(081) 2125-1691- propesq@reitoria.ifpe.edu.br

**EDITAL- 06/2016 PROPESQ**

**ANEXO II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS EM CASO DE**

**PARTICIPANTE MENOR DE IDADE**

Eu, abaixo qualificado, na qualidade de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (pai, mãe ou tutor), responsável legal do menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Carteira de Identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Órgão expedidor \_\_\_\_\_\_\_\_ (ou Registro Civil nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), nascido (a)aos \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_do ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, AUTORIZO a sua participação no XI Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação (CONNEPI), a ser realizado no período de 06 a 09 de dezembro de 2016 na cidade de Maceió/AL, assumindo toda a responsabilidade pela presente autorização e participação do(a) menor.

Declaro, ainda, por meio do presente termo, estar ciente das atividades a serem desenvolvidas pelo menor, quais sejam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por ser verdade, firmo a presente autorização sob as penas da Lei e confirmo a veracidade das declarações.

Nome:

CPF nº:

RG nº:

Endereço completo:

Telefones de contato (com DDD):

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

(Assinatura do responsável)