UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO NA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE CESSÃO E USO IMAGEM DEFESAS ON LINE

Eu, _____,
Matricula nº e/ou CPF_____, autorizo a cessão das imagens produzidas na defesa de dissertação do Programa MPES da(o) mestranda (o):_____realizada excepcionalmente *on line* na data de ___ /___/___ de acordo com a **Portaria nº 36, de 19 de Março de 2020/MEC/CAPES.**

( ) eu autorizo o uso da imagem da defesa com publicação nas redes sociais e no site do MPES por tempo indeterminado

( ) eu autorizo a gravação para fins de comprovação ao programa MPES, sendo pelo mesmo arquivado.

Niterói, ____ de _____de 2020

_____
Assinatura

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF
Rua Dr. Celestino 74 – Centro
Cep: 24020-091 – Niterói – RJ
Tel: (21) 2629-9493 / Fax: (21) 2629-9484