

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Diretoria de Extensão e Relações Empresariais
Coordenadoria de Serviço de Saúde
Campus Fortaleza

TERMO DE CIÊNCIA, CONCORDÂNCIA E RESPONSABILIDADE

Declaro que estou ciente e concordo com todos os termos do EDITAL Nº 01/2020/IFCE/CSSAUDE/Departamento de Artes/CTIM, em especial que: a minha participação será cancelada caso eu não esteja em concordância com os critérios do edital. Declaro que são de minha autoria e/ou responsabilidade a(s) música(s) inscrita(s). Autorizo o uso do áudio da(s) música(s) de minha autoria e/ou responsabilidade, bem como de minha imagem, para efeito de divulgação nas redes sociais, ou em qualquer outro veículo de comunicação. Afirmando também que todas as informações constantes do Formulário de Inscrição são verdadeiras, estando ciente de ser passível de sanções cíveis e penais em caso de falsidade comprovada. Declaro ainda que, até a presente data, inexistem fatos impeditivos para habilitação do projeto no presente processo seletivo e que estou ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Fortaleza, fevereiro de 2020.

Assinatura do pai mãe ou responsável

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Telefone para contato: _____