



Prefeitura Municipal de Bodoquena
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão Organizadora da VI Semana do Bebê

ANEXO II DO EDITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO 1º CONCURSO DE
FOTOGRAFIA SOBRE A AMAMENTAÇÃO – 2019

Pelo presente Termo de Autorização: _____, portadora do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado no endereço _____, na cidade de Bodoquena/MS, e-mail: _____, celular: _____, para todos os fins de direito, **DECLARO QUE QUERO PARTICIPAR do CONCURSO FOTOGRÁFICO SOBRE A AMAMENTAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BODOQUENA/MS, e por consequência AUTORIZO a veiculação e o uso da(s) imagem (ens) elaborada(s) para efetivação da inscrição no dito concurso.**

Por fim, declaro estar ciente dos Termos do Regulamento do Concurso, disponível no site <http://www.bodoquena.ms.org.br>.

Por esta ser a expressão da nossa vontade, assino abaixo.

Bodoquena, ____ de Novembro de 2019.

Assinatura