**AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELA FOTOGRAFIA ENVIADA A MOSTRA FOTOGRÁFICA VIRTUAL**

**Eu,** (nome), brasileiro(a), residente e domiciliado na cidade de (cidade), RS, portador(a) da Carteira de Identidade (RG) nº (documento de identidade), declaro que sou autor da fotografia (indicar o título da fotografia enviada à Mostra), encaminhada para a Mostra Fotográfica Virtual “Medicina & Arte” e declaro, ainda, que sou integralmente responsável legal por qualquer repercussão que a mesma possa causar. Autorizo seu uso, por meio de exposição presencial e virtual, fotografia, impressão off-set e filmagens, podendo ser utilizada em material de divulgação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim, estando ciente, desde já, que não cabe, em nenhum tempo, vínculo de natureza trabalhista, indenização, ou mesmo pagamento de valor antecipado ou posterior, pelo uso da imagem na promoção institucional da autorizada, podendo as mesmas serem veiculadas por prazo indeterminado e sem limite de território. A presente cessão, na melhor forma de direito, é de natureza gratuita, com efeito a partir da assinatura deste instrumento.

Erechim, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

***Nome – CPF nº***

**OBSERVAÇÃO:** Altere as palavras escritas em vermelho com as informações solicitadas e formate o texto todo na cor preta. Antes de enviar retire esta observação.