



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA DE DISSERTAÇÕES

Dados do autor, orientador e coorientador

Nome do Autor: _____

CPF: _____ RG: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Nome do Orientador: _____

CPF: _____ RG: _____

Nome do Co-Orientador: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do documento

() Dissertação - Mestrado Acadêmico () Tese - Doutorado

Título: _____

Permissão de acesso ao documento

A divulgação do documento digital é uma exigência da CAPES - Portaria nº13, de 15/02/2006.

Autorizo disponibilizar o resumo a partir da data da assinatura abaixo e o acesso ao documento na íntegra a partir de:

() 12 meses

() 18 meses

() 24 meses

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação citada acima, de acordo com a Lei nº 9610/98¹, autorizo a Faculdade de Medicina de Marília a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissões contidas neste, o documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, em formato PDF, para fins de leitura, impressão e/ou download pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Faculdade de Medicina de Marília.

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Autor: _____

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Coorientador: _____

¹ Lei de Direitos Autorais