**ANEXO X**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu,      , portador da cédula de identidade nº      e inscrito no CPF sob nº      , residente e domiciliado à      \_na cidade de      , estado de      , DECLARO que autorizo a**Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA** a utilizar a minha imagem, em fotos, vídeos ou qualquer outro formato visual, para fins de divulgação do **Programa de Pós-Graduação em Saúde e Envelhecimento – PPGSE**, incluindo, mas não se limitando a:

- Divulgação em materiais de publicidade e marketing (cartazes, folhetos, sites, redes sociais, etc.);

- Publicações em eventos acadêmicos e/ou científicos;

- Produção de materiais de vídeo para apresentações e/ou documentais;

- Qualquer outra forma de divulgação que a instituição julgue pertinente, desde que relacionada ao curso de pós-graduação acima referido.

DECLARO ainda que a presente autorização é concedida a título gratuito, abrange o uso da minha imagem em todo o território nacional e/ou internacional, e que não terei direito a qualquer remuneração ou indenização adicional pelo uso de minha imagem.

DECLARO que estou ciente de que a **Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA** poderá editar, adaptar ou reproduzir a minha imagem, sempre que necessário e dentro das finalidades estabelecidas neste termo.

DECLARO que, a qualquer momento, poderei revogar esta autorização mediante comunicação escrita à **Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA**

Marília,       de       20      .

Assinatura do Pós-graduando