

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

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 Coorientador:

CPF:       RG:

**Identificação do documento:**

**Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde**

**Título:**

**Permissão de acesso ao documento**

A divulgação do documento digita é uma exigência da CAPES – Portaria nº 13, de 15/02/2006.

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

**(****)12meses (****)18 meses (****)24meses**

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 divulgaçãoda produção científica gerada pela Faculdadede Medicina de Marília.

Marília,       de       de20     .

Assinaturado Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Coorientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_