**AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, DEPOIMENTO, VOZ, NOME, TEXTOS E AFINS**

Eu, abaixo assinado e identificado, autorizo o uso de minha imagem, voz, nome e/ou dados por mim revelados em depoimento(s) gravados(s) e/ou transmitido(s) ao vivo, ou **descritos em relatos**, para compor obras diversas destinadas à divulgação de conteúdos de cunho educativo/informativo veiculados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A presente autorização abrange os usos de tais direitos de personalidade em mídia impressa, eletrônica, digital, internet (incluindo uso em cursos EAD), redes sociais, banco de dados multimídia, midiateca virtual e/ou para acervo documental, sem qualquer ônus.

A presente autorização também inclui a possibilidade de distribuição ao público das imagens e voz, exemplificativamente, em DVDs, CDs, Blu-rays, Pen Drives, Discos Virtuais ou quaisquer outras mídias similares que vierem a existir, em todo o território nacional e internacional, no todo ou em parte;

Por ser esta a expressão da minha vontade, declaro estar ciente e autorizar, gratuitamente, em caráter definitivo e sem limite de prazo, o(s) uso(s) acima descrito(s) a contar da data de assinatura do presente instrumento.

São Paulo, de 22.

Assinatura

|  |
| --- |
| NOME: |
| PROFISSÃO: |
| ENDEREÇO: |
| CIDADE: |
| RG:  |
| CPF: |
| TELEFONE PARA CONTATO: |