**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO / GRAVAÇÃO DA IMAGEM E VOZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** |  |
| **Nº DE INSCRIÇÃO:** |  |
| **RG:** |  |

Eu, acima identificado, **AUTORIZO** o registro fotográfico e/ou gravação de minha imagem e voz para uso exclusivo dos trâmites relativos ao presente certame, feita pela Comissão de Heteroidentificação, para aferir a veracidade de minha autodeclaração, prestada na ficha de inscrição do concurso público para provimento do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos da Lei Complementar nº 1.259, de 15 de janeiro de 2015 e do Decreto nº 63.979, de 19 de dezembro de 2018.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do candidato