|  |
| --- |
| **TERMO DE RESPONSABILIDADES E CESSÃO DE DIREITOS PARA DIRIGENTE E TÉCNICO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDADE** |  | **MUNICÍPIO** |  |
| **ETAPA** |  |
| **CATEGORIA/GENERO:**  | **F ( ) M ( )**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |  |
| **INEP** |  **CNPJ:** |

 **Dados Cadastrais do Participante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **CREF Nº** |  | **Função** |  |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **E-mail** |  | **Telef.** |  |
| **Endereço** |  | **Nº** |  |
| **Bairro** |  | **CEP** |  |

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu declaro que:

1. Participarei e tenho pleno conhecimento do Regulamento Geral e Específicos;
2. Através da assinatura do presente termo, autorizo em caráter universal, gratuito, irrevogável, irretratável e exclusivo, a FPDE,   ou terceiros por estes devidamente autorizados, no Pará e Brasil, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo participante ou a ele atribuíveis, inclusive para fins comerciais, bem como de usar sons e imagens do Evento, seja durante as competições, durante os aquecimentos, os treinamentos, a alojamento/hospedagem, o transporte ou a alimentação em quaisquer suportes existentes ou que venha a serem criados, a serem captados pela TV para transmissão, exibição e reexibição, no todo, em extratos, trechos ou partes, ao vivo ou não, sem limitação de tempo e de número de vezes, na forma do disposto no Regulamento Geral.
3. Isento os organizadores do Evento de quaisquer responsabilidades por danos eventualmente causados a mim no decorrer da competição.

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

 Assinatura do Participante

1. Declaro para os devidos fins que o participante acima citado está apto para participação no evento, se encontra em boas condições de saúde e não sofre nenhuma doença que o impeça de participar do evento.

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

 Assinatura e Carimbo do Médico com CRM