

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome do autor: _____

CPF: _____ Telefone: () _____

E-mail do autor: _____

Dissertação de Mestrado

Tese de Doutorado

Monografia

Título: _____

Palavras-chave: _____

Programa de Pós-Graduação: Lato Sensu

Stricto Sensu

Área de Concentração _____

Orientador: _____

Co-orientador: _____

Banca: _____

Data da defesa: ____/____/____

Autorizo a utilização gratuita e por prazo indeterminado da mencionada obra pela **FACULDADE DE MEDICINA DO ABC**, inscrita no CNPJ sob o nº 57.571.275/0007-98, com sede na Av. Príncipe de Gales, nº821, na Cidade de Santo André, Estado de São Paulo, sem qualquer ressarcimento dos direitos autorais, para fins de leitura, publicação, disponibilização na internet, impressão ou qualquer outro meio físico, digital e virtual.

Autorizo também o descarte do material, por meio de doação a outras unidades, instituições ou destruição, caso este não venha a ser mais útil.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem posterior reclamação sobre direitos autorais e conexos.

Santo André, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Autor