|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**  **CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  **ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP** |  |

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o registro da minha imagem em áudio e vídeo para uso no processo de ensino-aprendizagem, pelos professores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP / UNIRIO). Fui orientado (a) quanto ao sigilo de minha imagem e meus depoimentos e seu apenas interno à instituição.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura