

## Solicitação de agendamento - Show de Física

Com o objetivo de auxiliar o trâmite interno solicitamos o preenchimento do formulário abaixo, com informações detalhadas e devidamente assinado pela Direção ou Coordenação Pedagógica. O formulário preenchido deverá ser encaminhado para: [fisica@rc.unesp.br](mailto:fisica@rc.unesp.br). **O preenchimento de todos os campos é obrigatório. Somente considere sua solicitação de visita confirmada, após o retorno deste formulário com o de acordo do Departamento de Física, IGCE.**

### Dados da Instituição

Instituição: \_\_\_\_\_

Responsável pela Instituição: \_\_\_\_\_  
 (Direção ou Coordenação Pedagógica)

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### **Termo de Cessão de Direitos Para Uso de Imagem**

Declaramos para os devidos fins de direito, que autorizamos o Show de Física do Departamento de Física, do Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Unesp, Câmpus de Rio Claro a utilizarse de imagem e voz dos menores por nós representado, outorgando-lhe todos os direitos de imagem para à divulgação em qualquer meio de comunicação podendo reproduzir editar, introduzir no mercado, armazenar, distribuir executar, transmitir, criar trabalhos derivados e baseados nas imagens e informações disponibilizadas para finalidade editorial, comercial, promocional, educacional, institucional, publicitária e todas as outras formas que venham a ser passíveis de utilização e/ou apenas para uso interno desta Instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade. Autorizamos o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos, a imagem e voz dos menores por nós representado, ou a qualquer outro. A presente autorização é concedida a título gratuito, livre e espontaneamente.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura / carimbo - Diretor ou Coordenador Pedagógico

### Dados sobre a visita

- Apresentação às 4<sup>as</sup> feiras às 9 horas.
- Previsão de duração: 2 horas.

Número de participantes: \_\_\_\_\_

Nível de Ensino: (    ) fundamental (    ) médio

Nome do Responsável pelo grupo: \_\_\_\_\_

Telefone do responsável pelo grupo para contato: \_\_\_\_\_

E-mail do responsável pelo grupo para contato: \_\_\_\_\_

**Assinale, abaixo, com um ‘X’ a data pretendida**

MARÇO/18	ABRIL/18	MAIO/18	JUNHO/18
14 21 28	04 11 18 25	02 09 16 23 30	06 13 20 27