

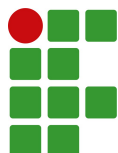


**IV JOGOS DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS  
TERMO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS PARA USO  
DE IMAGEM PARA SERVIDOR-ATLETA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
servidor(a) portador do Registro Geral - RG nº \_\_\_\_\_ - SSP/\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ servidor do **INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS -  
CAMPUS** \_\_\_\_\_, sob a Matrícula Siape nº  
\_\_\_\_\_, declaro que irei participar dos Jogos dos Servidores do  
Instituto Federal do Tocantins - Edição 2018, a ser realizado em Araguatins, no período  
de 26 a 29 de Abril de 2018.

Cabe destacar ainda, que pelo presente instrumento, declaro que:

1. Autorizo a minha participação nos JOGOS DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS - EDIÇÃO 2018;
2. Estou de acordo com todos os itens dos Regulamentos Geral e Específicos dos Jogos dos Servidores 2018;
3. Através da assinatura do presente termo, concedo aos organizadores do evento, conjunta ou separadamente, em caráter de absoluta exclusividade, a título universal e de forma irrevogável e irretratável, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados por mim ou a mim atribuídos, bem como de usar sons e/ou imagens do evento, seja durante as competições, seja durante os aquecimentos, os treinamentos, a hospedagem, o transporte ou alimentação em qualquer suporte existente ou que venha a ser criado, 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 ou de número de vezes;
4. Estou em pleno gozo de saúde e em condições físicas de participar do Evento, não apresentando distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios físicos, atividades físicas e esportivas.





Telefones para contato:

Do contato, se necessário: ( ) \_\_\_\_\_

Do Servidor ( ) \_\_\_\_\_

Possui Plano de Saúde: ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

Possui algum tipo de alergia? ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

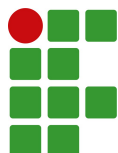
Está em uso de alguma medicação: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a) responsável pela delegação

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



Av. Joaquim Teotônio Segurado  
Quadra 202 Sul, ACSU-SE 20, Conjunto 1, Lote 8, Plano Diretor Sul.  
77020-450 Palmas - TO  
(63) 3229-2239  
www.ifto.edu.br – esportes.reitoria@ifto.edu.br