TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIDADE DE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO (TCC) DE MEDICINA
NO REPOSITÓRIO DIGITAL DE TCC

1 Identificação do autor e do documento

Nome completo: _____

RG: _____ CPF:_____

E-mail: _____ Telefone: _____

Curso de Graduação: _____

Título do TCC: _____

_____

_____

2 Disponibilização no Repositório Digital de TCC do Curso de Medicina

Autorizo a Universidade de Vassouras a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o documento supracitado, de minha autoria no Repositório Digital de TCC do Curso de Medicina para fins de leitura e/ou impressão pela Internet:

[ ] De imediato ou [ ] A partir de __/__/____ (no máximo até dois anos após a data da apresentação)

_____ , __/__/____ _____
Local Assinatura do (a) autor (a) ou seu representante legal

Não autorizo. Justificativa (preenchimento obrigatório): _____
_____
_____

_____ , __/__/____ _____
Local Assinatura do (a) autor(a) ou seu representante legal

_____
Assinatura do (a) orientador(a)

COMPROVANTE DE ENTREGA DO DOCUMENTO NA COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

EM: __/__/____ **Carimbo e assinatura**