

Termo de Autorização de Uso de Imagem de Menor de Idade

_____,
(nacionalidade) _____, menor de idade, neste ato
devidamente representado por seu (sua) (responsável legal),
_____, (nacionalidade)
_____, (estado civil) _____, portador da Cédula
de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº
_____, residente à Av./Rua
_____, nº. _____,
(município) _____ / (UF) _____,

AUTORIZA o uso da imagem do menor acima qualificado em mídias sociais do Laboratório Dr. Lacyr. A presente autorização é concedida a título gratuito. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem do menor acima qualificado ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma, podendo a mesma ser revogada há qualquer tempo, tendo em vista ser titular do direito e atendendo as prerrogativas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018.

_____, _____ de _____ de _____.

Ass. Responsável _____

Nome do menor: _____

Nome Responsável Legal: _____

Telefone p/ contato: