

TERMO DE ANUÊNCIA

TÍTULO: _____

DATA: _____ **HORÁRIO:** _____ **LOCAL:** _____

DESCRIÇÃO E OBJETIVO: _____

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o termo acima descrito, sob a coordenação e a responsabilidade do (a) _____
_____, portador do CPF _____, residido na _____, na cidade de _____.

Nº	NOME COMPLETO	CPF ou RG	ENDEREÇO	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Assinatura do responsável

_____, ____ de _____, 20__