**ANEXO III**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS**

**ESTUDANTE MENOR DE IDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) da carteira de identidade n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão emissor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (parentesco)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do (a) estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identidade n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, aluno(a) do Curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Turma/ano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do/da (instituição)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a sua participação nas atividades programadas da ação de extensão intitulada AÇÕES DE EXTENSÃO DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO DO IFG/CÃMPUS INHUMAS, sob a orientação do servidor Leonardo Essado Rios, no período de 06/03/2024 a 26/06/2024, no Instituto Federal de Goiás – Câmpus Inhumas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável