

Edital 04/2017

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO DE IMAGEM

Eu, _____,
Carteira de Identidade n.º _____, autorizo o registro do processo de Avaliação da veracidade da autodeclaração como Pessoa Autodeclarada Negra (preta ou parda), para fins de Processo Seletivo Público do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com a Lei N.º 12.990 de 09 de junho de 2014.

Estou ciente que a gravação, por meio de vídeo e áudio, tem por finalidade, exclusivamente, registrar o processo e auxiliar a comissão avaliadora no caso de dúvidas e/ou recurso do candidato, sendo que não será utilizada para qualquer outro fim.

Porto Alegre, 21 de janeiro de 2018.

Assinatura do candidato