



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**TERMO DE RESPONSABILIDADES  
E CESSÃO DE DIREITOS**

DADOS DO PARTICIPANTE:				
SIAPÉ:		Servidor:		
Cargo:			Nascimento:	
Telefone(s):			Email:	
DADOS DA COMPETIÇÃO:				
Participarei das seguintes modalidades:				
<input type="radio"/> Basquete	<input type="radio"/> Atletismo			
<input type="radio"/> Futsal	<input type="radio"/> Natação			
<input type="radio"/> Voleibol	<input type="radio"/> Tênis de Mesa			
<input type="radio"/> Queimada FEMININO	<input type="radio"/> Xadrez			

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, eu declaro que:

1. Participarei e tenho pleno conhecimento dos Regulamentos, Geral e Específicos, dos Jogos Intercampi dos Servidores 2014, disponível no site [portal.ifrn.edu.br](http://portal.ifrn.edu.br).
2. Através da assinatura do presente termo, autorizo em caráter universal, gratuito, irrevogável, irretroatável e exclusivo, o IFRN, ou terceiros por estes devidamente autorizados, a título universal e de forma irrevogável e irretroatável, no Brasil e/ou no exterior, o direito de usar o nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, gravações, entrevistas e endossos dados pelo participante citado ou a ele atribuíveis, bem como de usar sons e/ou imagens do evento, seja durante as competições, seja durante os aquecimentos, os treinamentos, a hospedagem, o transporte ou alimentação em qualquer suporte existente ou que venha a ser criado, a serem captados pela TV para transmissão, exibição e reexibição, no todo, em extratos, trechos ou partes, ao vivo ou não, sem limitação de tempo ou de número de vezes.
3. Isento os organizadores do Evento de qualquer responsabilidade por danos eventualmente causados a mim no decorrer da competição.
4. Declaro que **estou em pleno gozo de saúde e em condições físicas de participar do Evento**, não apresentando cardiopatias genéticas, congênitas ou infecciosas, viroses, ou qualquer outra doença, patologia ou distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios físicos, atividades físicas e esportivas, tendo realizado, no período de pré-participação nesse Evento, por minha própria conta e risco, avaliação clínica que atesta as condições apresentadas.

Natal, em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Homologação do Evento