



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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS**

DADOS DO PARTICIPANTE:				
SIAPE:		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	<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 2015, disponível no site <http://portal.ifrn.edu.br/servidores/jogos-intercampi/2015>.
2. Através da assinatura do presente termo, autorizo em caráter universal, gratuito, irrevogável, irretratável e exclusivo, o IFRN, ou terceiros por estes devidamente autorizados, a título universal e de forma irrevogável e irretratável, 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