



TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência de que meus dados pessoais discriminados abaixo, informados ao Observatório de Direitos Humanos da Universidade Estadual de Campinas, serão divulgados publicamente no programa de voluntariado desta universidade, com o objetivo de viabilizar o estabelecimento de contato entre voluntários e usuários. Assim sendo, autorizo a disponibilização para todos os interessados no programa de meu nome completo e do contato telefônico por mim informado.

Campinas, ____/____/2020.

Nome: _____

Documento (matrícula ou registro acadêmico): _____

Unidade: _____

E-mail: _____

Telefone a ser disponibilizado

Assinatura: _____