**ANEXO III**

**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE NOME E IMAGEM**

Pela presente, e na melhor forma de direito, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de representante legal do estabelecimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO ( )**

De forma gratuita e por prazo indeterminado, o uso da minha imagem, bem como da imagem do referido estabelecimento, pelo **Município de João Monlevade/MG** e pela **Coordenação do 4º Festival Gastronômico Mistura de João Monlevade**, para fins de divulgação institucional, jornalística e/ou publicitária. Autorizo, igualmente, a utilização do meu nome e do nome do estabelecimento acima citado, podendo a divulgação ocorrer por meio de:

* Publicações impressas ou digitais;
* Produções audiovisuais, fotográficas ou de gravações de imagens;
* Programas de televisão;
* Redes sociais;
* Sites institucionais;
* Acervos de biblioteca, periódicos e materiais de arquivo histórico;
* Outras mídias de natureza similar, sempre com caráter de promoção institucional e sem fins lucrativos.

Declaro estar ciente de que esta autorização é concedida a título gratuito, não gerando qualquer tipo de remuneração, compensação financeira ou direitos futuros sobre o uso das imagens e do nome ora autorizados.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente Termo.

**João Monlevade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**Assinatura do Representante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 **CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_