



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,

[Redacted area for name]

(nome do responsável)

declaro que autorizo o meu educando,

[Redacted area for name]

(nome do participante)

a participar nas atividades dos “Summer Campus 2018” da Universidade do Algarve,
na semana de [Redacted area]

(Assinalar com X)

Declaro que li e concordo com os termos do regulamento dos “Summer Campus 2018”.

Declaro prestar consentimento expresso às operações de tratamento dos meus dados pessoais e do meu educando, a realizar pela Universidade do Algarve, para gestão administrativa da inscrição nos Summer Campus.

Declaro que a retirada do consentimento não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente prestado.

Data:

[Redacted area for date]

O responsável

[Redacted area for signature]

(Assinatura conforme documento de identificação/passaporte)

Nota: O original deste documento deverá ser entregue ao monitor no primeiro dia de atividades.