

ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Nome do autor:

CPF:

Endereço completo:

Telefones de contato:

E-mail:

Instituição de Ensino:

Pseudônimo:

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO CONTO

Eu _____, CPF _____,
autorizo a Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina (ASRM) a divulgar o Conto
_____, de minha autoria, inscrito no CONCURSO DE CONTOS
DE TEMAS MÉDICOS DA ACADEMIA SUL-RIO-GRANDENSE DE MEDICINA, nas mídias utilizadas
pela ASRM, sem fins lucrativos, por tempo indeterminado.

Local e data _____

Assinatura _____