AUTORIZAÇÃO PARA FREQUENTAR O CAMPUS

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio
PIBIC-EM / UNICAMP

Nome do/a responsável:_____

Autorizo o(a) menor _____,
estudante da escola _____,
a participar das atividades desenvolvidas no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica para o Ensino Médio – PIBIC-EM da UNICAMP, a serem realizadas em (informar dia/período, unidade e cidade)
_____
_____
sob orientação do(a) Prof(a)._____.

_____ de _____ de 20_____.

_____
Assinatura do(a) responsável