**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DA LIGA ACADÊMICA DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Eu, (Diretor, Coordenador) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** responsável da instituição (hospital, outro serviço de saúde) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** após a apreciação da proposta da Liga Acadêmica de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** sob a responsabilidade do Prof. Orientador(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e do(a) Acadêmico(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** do Curso de Medicina, estou ciente e autorizo que as atividades práticas da Liga sejam desenvolvidas em nossa instituição, no setor de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável