

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Identidade/RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Residente na Rua/Av/Estrada: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

O palestrante acima qualificado se obriga a respeitar os termos da Lei geral de proteção de dados, de nº 13.709/2018, se comprometendo a tratar os dados sensíveis, consistentes em imagens de pacientes a serem apresentados em aulas, congressos e seminários promovidos pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, mediante termo de consentimento daqueles. E, sempre que possível, buscará anonimizar tais dados, de modo que os seus titulares não possam ser identificados.

Cidade: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_