ANEXO V AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Gestão Estratégica e Inteligência de Negócios

Eu, , portador da Cédula de Identidade RG nº e do CPF nº , AUTORIZO a gravação, para fins de registro, das etapas de seleção, pelas Comissões avaliadoras responsáveis.

Escolha a/às gravação autorizada:

( ) Comissão de heteroidentificação ( ) Etapa de Seleção: Entrevista

Local e data: , de de 2021.

Assinatura do(a) Responsável

**Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul *Campus* Erechim Rua Domingos Zanella, 104 | Bairro Três Vendas | CEP: 99713-028 | Erechim/RS E-mail:** [**secretaria.pos@erechim.ifrs.br**](mailto:secretaria.pos@erechim.ifrs.br)**| Telefone: (54) 3321-7500 | Fax: (54) 3321-7525**