**ANEXO III**

**TERMO DE ACEITE**

Eu, [preencher com o nome completo do representante dos beneficiários], portador do CPF [preencher com o documento do representante dos beneficiários] declaro que fui informado(a) sobre as intervenções a serem realizadas e CONCORDO com o projeto de extensão [inserir o nome do projeto de extensão] que será executado. Ainda, AUTORIZO o uso de imagens (fotos/vídeos) para identificar a execução das etapas do projeto e sua evolução.

[preencher com o nome do município] \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do representante dos beneficiários

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

Assinatura do(a) coordenador(a) adjunto(a) da bolsa