



UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A TRABALHO ACADÊMICO

Dados do autor

Nome: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
RG: _____ CPF: _____

Dados da Obra

Programa de Pós-Graduação em História – Mestrado Profissional

Título: _____

Orientador: _____

Co-Orientador: _____

Documento confidencial? () Sim () Não

Prazo: () 6 meses () 12 meses () 18 meses () 24 meses

Ocasionará Registro de Patente: () Sim () Não

Prazo: () 6 meses () 12 meses () 18 meses () 24 meses

Possui assinatura de todos os membros da banca: () Sim () Não

Caso não tenha, o Sistema de Bibliotecas da UCS Não registrará o material

Formato Digital

Autoriza a disponibilização do arquivo no repositório institucional da UCS e na Biblioteca Digital?
() Sim () Não

Autorizo a disponibilização da opção de seleção e cópia de texto no arquivo?
() Sim () Não

O arquivo está protegido por senha de acesso? () Sim () Não

Não serão aceitos arquivos protegidos por qualquer tipo de senha

Declaro que o documento entregue é seu trabalho original, e que tem o direito de conceder os direitos contidos
Declaro que junto a este documento, está sendo entregue a obra em formato digital, em extensão. Pdf (*Portable*)

_____ / _____
Local

_____ / _____
Data

Assinatura do Autor ou Representante Legal