



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DE DIREITOS HUMANOS
INSTITUTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO ESPÍRITO SANTO**

AUTORIZAÇÃO DE RESPONSÁVEIS POR VISITANTES MENORES DE IDADE

UNIDADE SOCIOEDUCATIVA:

DADOS DA(O) MENOR DE IDADE

NOME:

IDADE:

PARENTESCO COM A(O) SOCIOEDUCANDA(O):

SOCIOEDUCANDA(O) A SER VISITADA(O):

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS DA(O) MENOR DE IDADE

Eu, _____, _____ (vínculo com a(o) menor de idade) declaro, para os devidos fins que _____ está autorizada(o) a visitar regularmente a(o) adolescente _____ atualmente em cumprimento de Medida de Internação nesta Unidade Socioeducativa.

Registro também que a(o) menor de idade poderá adentrar esta Unidade Socioeducativa sob responsabilidade da(s) seguinte(s) pessoa(s):

Nome: _____ Vinculação: _____

Nome: _____ Vinculação: _____

Nome: _____ Vinculação: _____

Declaro ainda serem verdadeiras as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade civil e criminal por elas nos termos da legislação em vigor.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Familiar

Assinatura da(o)s Técnica(o)s Responsáveis

AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DA UNIDADE

Sirvo-me do presente para registrar autorização nos termos do presente, tendo em vista IS N° ____, de 20__.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da(o) Gerente