



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

AUTORIZAÇÃO DE VISITA DE COMPANHEIRA(O) MENOR DE IDADE

UNIDADE SOCIOEDUCATIVA:

DADOS DA(O) VISITANTE

NOME:

IDADE:

GÊNERO:

FILIAÇÃO:

RG:

ENDEREÇO:

TELEFONES DE CONTATO:

SOCIOEDUCANDA(O) A SER VISITADA(O):

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS DA(O) VISITANTE

Eu, _____, _____ (vínculo com a(o) visitante) 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. 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

AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DA UNIDADE

Sirvo-me do presente para registrar autorização nos termos do presente, tendo em vista IS Nº _____, de 20__.

_____, ____ de _____ de 20__.

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

Assinatura da(o) Gerente