FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO À

ADOLESCENTE MENOR DE 18 ANOS

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo (a) adolescente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_ anos de idade, autorizo que ele (ela) participe de orientação psicológica por meio do termo de cooperação interinstitucional firmado entre a Universidade Federal do Acre (UFAC) e o Serviço de Assistência a Brasileiros no Japão (SABJA).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ **LOCAL E DATA.**

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

  **Responsável pelo (a) adolescente**

Elaborado em outubro de 2014