

# AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

## Autorização para menores de 18 anos

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do pai/mãe ou responsável legal), nacionalidade \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, e inscrita no CPF/MF nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado em: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (endereço do responsável). \_\_\_\_\_

Autorizo o adolescente/filho(a) \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade, conforme documento de identidade que porta, de quem sou \_\_\_\_\_ (relação de parentesco) a participar da Seleção do Programa Municipal Bolsa Universitária .

João Pessoa; \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe (ou responsável legal)

Telefones de contato do responsável:  
\_\_\_\_\_