



AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
(nome do responsável)

CPF nº _____, RG nº _____,

celular nº _____, telefone residencial nº _____

responsável legal pelo aluno, o menor _____,

em caso de liberação do aluno por motivo de saúde atestada pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador –
NUST/FIOCRUZ:

☐ Autorizo a liberação do aluno sozinho.

☐ Autorizo a liberação do aluno na companhia dos responsáveis substitutos.

☐ Não autorizo a liberação do aluno.

Nomeio o(s) responsável(is) abaixo como responsável(is) substituto(s):

DADOS DO RESPONSÁVEL SUBSTITUTO 1

Nome Completo: _____

RG: _____ Órgão Expedidor : _____

CPF: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Assinatura do **Responsável Substituto 1**

DADOS DO RESPONSÁVEL SUBSTITUTO 2:

Nome Completo: _____

RG: _____ Órgão Expedidor : _____

CPF: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Assinatura do **Responsável Substituto 2**

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal