



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

Campus Guarabira

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (responsável legal),
portador do Documento de Identidade n° _____, Órgão Expedidor _____ e
do CPF n° _____, responsável pelo (a) menor
_____, portador do Documento de
Identidade n° _____, Órgão Expedidor _____ e do CPF n° _____,
autorizo-o (a), a participar, no dia 17 de outubro de 2019, da palestra do
Consulado Americano a ser realizada no IFPB *campus* João Pessoa, no auditório José Marques, às
16h00. Com saída prevista para às 13h45 do IFPB *campus* Guarabira e chegada prevista para às
20h30, no mesmo local.

Local: _____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.

