

**Autorização para divulgação de informações confidenciais**

**Nome do aluno:**  **Data da autorização:**

**Data de nascimento:**

Solicitamos que você autorize as pessoas ou agências indicadas abaixo a divulgar entre as partes informações confidenciais sobre o aluno acima mencionado.

**E**

Nome e cargo do representante da equipe escolar Representante/Agência

Nome da escola Nome do representante /Agência

Endereço: Endereço:

FAX: FAX:

**REGISTROS A SEREM LIBERADOS/DIVULGADOS** **OBJETIVO DA LIBERAÇÃO/DIVULGAÇÃO**

🞏 Avaliações independentes, registros médicos, avaliações psiquiátricas. 🞏 Auxiliar o comitê de PEI no planejamento educacional

🞏 Teste vocacional, ITP 🞏 Outro

🞏 Teste vocacional, ITP

**Nome da agência externa**

Marque as caixas apropriadas abaixo:

🞏 Sim 🞏 Não Fui totalmente informado na minha língua materna ou outro meio de comunicação e compreendo o pedido da escola para minha autorização, conforme descrito acima. Essas informações serão divulgadas após o recebimento da minha autorização por escrito.

🞏 Sim 🞏 Não Compreendo que minha autorização é voluntária e pode ser revogada a qualquer momento. Entretanto, compreendo que a revogação não é retroativa (ou seja, não anula uma ação que tenha ocorrido depois de a autorização ser dada e antes de a autorização ser revogada).

🞏 Sim 🞏 Não Dou minha permissão para que os registros identificados sejam liberados/divulgados à(s) pessoa(s)/agência(s) acima mencionada(s).

Assinatura do(a) pai/mãe, responsável, tutor de educação ou aluno adulto Data

Assinatura do intérprete, se utilizado Data

Devolva este formulário para: em:

Representante da equipe escolar Escola

Para mais informações, ligue para: em

Representante da equipe escolar Telefone