

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do documento de identidade nº _____ e CPF nº _____, responsável legal pelo (a) menor de idade - _____, documento de identidade nº _____ e CPF: _____ autorizo sua participação no Programa **QUALIFICADF**, ofertado pela Secretaria de Estado do Trabalho.

Brasília, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do responsável