



GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE SUCRE

FORMULARIO ÚNICO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD
PARA TRANSITO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL

En cumplimiento del Art. 58 y siguientes del D.S. N° 2377
Reglamento a la Ley N° 548 - Código Niña, Niño y Adolescente



Lugar y Fecha de Emisión / /

Válido hasta / /

DATOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE VIAJAN

N°	Nombre Completo	Edad	Sexo	N° de C.I. y/o N° Certif. Nac.	Fecha de Nac.
1					/ /
2					/ /
3					/ /
4					/ /

Lugar de Residencia	Dirección	N°	Zona	Telf./Cel

DATOS DEL PADRE, MADRE, GUARDADOR, TUTOR Y/O RESPONSABLE QUE ACOMPAÑA EN EL VIAJE

Nombre Completo	N° de C.I.	Sexo	Edad	Filiación - Parentesco con la N.N.A.

Dirección	N°	Zona	Telf./Cel

DESTINO DEL VIAJE

MOTIVO DEL VIAJE

Vía Aérea

Vía Terrestre

Nombre de la Empresa:

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

N.N.A.	PROGENITOR	PROGENITORA	RESPONSABLE	GARANTE N° 1	GARANTE N° 2
Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>
Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/>	Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>
Pasaporte o DNI <input type="checkbox"/>	Certificado de Defunción <input type="checkbox"/>	Certificado de Defunción <input type="checkbox"/>	Garantía Escrita <input type="checkbox"/>	Garantía Escrita <input type="checkbox"/>	Garantía Escrita <input type="checkbox"/>
	Certificado Médico <input type="checkbox"/>	Certificado Médico <input type="checkbox"/>			
	Auto Definitivo o Sentencia <input type="checkbox"/>	Auto Definitivo o Sentencia <input type="checkbox"/>			
	Autorización Escrita <input type="checkbox"/>	Autorización Escrita <input type="checkbox"/>			

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMAS DE LOS PADRES, GUARDADORES, TUTORES, RESPONSABLE Y PERSONAS QUE GARANTIZAN EL RETORNO DE LA N.N.A.

..... C.I. PROGENITOR C.I. PROGENITORA C.I. RESPONSABLE C.I. GARANTE N° 1
..... C.I. GARANTE N° 2 NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE EL PERMISO	 SELLO DEL DISTRITO DE LA DEFENSORÍA

• COORDINACIÓN DE DEFENSORÍAS - HOGAR TRANSITORIO CHARQUIPATA: Telf. 64-38292 • Distrito 1: Telf. 64-36739 • Distrito 2: Telf. 64-34931 • Distrito 3: Telf. 64-36835 • Distrito 4: Telf. 64-35243 • Distrito 5: Telf. 64-35821 • Distrito 6: Telf. 64-38292 • Distrito 7: Comunidad el Chaco • Distrito 8: Comunidad de Potolo • Terminal de Buses: Telf. 64-56732 •

"CONTRA LA TRATA Y TRÁFICO DE INFANTES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES"
Linea Gratuita 800133030