



Kriminalomsorgen **Feil! Ukjent dokumentegenskapsnavn.**
Ålesund Fængsel

VISITOR APPLICATION FORM

VISITOR DETAILS (Please complete form in BLOCK LETTERS. One person per form.)

Surname:	
First name:	
Date of Birth	
Address:	
ZIP:	City:
Country:	
Phone No:	
Email:	

PRISONER DETAILS

Surname:
First Name:

Relation to prisoner:

Family – state relationship: _____ Acquaintances Other

Proof of good conduct will be obtained from the Norwegian police, jfr. Strf.gj.l -§27.5 ledd.

Date and applicants signature:

Place/Date:	Sign:
-------------	-------

JEG SAMTYKKER TIL BESØK AV SØKER (*Fylles ut av innsatt*)

Med dette samtykker jeg samtidig til at Kriminalomsorgen Ålesund fængsel opphever sin taushetsplikt ovenfor søker om at jeg nå soner ved denne anstalten.

Sted: _____ Dato: _____ Signatur: _____

Please send the completed application to the following address:

Ålesund Fængsel
Dokumentsenteret
Pb 694
4303 Sandnes
Norway