



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