

**REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**  
**GOVERNO REGIONAL**  
**SECRETARIA REGIONAL DO AMBIENTE E RECURSOS NATURAIS**  
**INSTITUTO DAS FLORESTAS E CONSERVAÇÃO DA NATUREZA, IP-RAM**

**FORMULÁRIO DE VISITA A ÁREAS PROTEGIDAS SOB A JURISDIÇÃO DO INSTITUTO DAS FLORESTAS E CONSERVAÇÃO DA NATUREZA**

**LICENÇA Nº /**

Área protegida a ser visitada	Data/ duração	Tipo de visita (científico, pedagógico, documentário, etc.)

Nome do interessado e/ou do responsável em caso de grupo/equipa	Entidade onde presta serviço

Restantes elementos da equipa Nomes	Entidade onde presta serviço

Objectivos da visita

Tipo de trabalho (especificar se envolve a captura, marcação ou qualquer outro tipo de manuseamento de animais e/ou colheitas de plantas ou suas partes e/ou recolha de material geológico)

Resultados esperados (especificar a importância dos resultados esperados e se os mesmos serão alvo de publicações, palestras etc.)

Apoio requisitado

Comprometo-me cumprir com a regulamentação da área protegida; bem como em informar o Instituto das Florestas e Conservação da Natureza dos resultados obtidos no trabalho e a reconhecer o apoio do mesmo em toda a divulgação que este trabalho vier a ter, nomeadamente aqueles referidos na secção de “resultados esperados”.

Data e assinatura \_\_\_\_\_

**A preencher pelo Instituto das Florestas e Conservação da Natureza após a visita**

Confirma-se que:

- (i) foram respeitadas todas as condições inerentes à autorização dada: SIM NÃO  
(ii) foram respeitadas as declarações aqui prestadas: SIM NÃO  
(iii) foi respeitada a regulamentação da área protegida: SIM NÃO

Assinatura \_\_\_\_\_

