

ECTOR COUNTY DETENTION CENTER

Permiso de Visita

Fecha: _____

Nombre de Preso: _____

Tipo de Visita Solicitada:

Personal

Abogado

Agencia

Visita Personal	Visitante: _____
	Domicilio: _____
	Ciudad, Extado: _____
	Tipo di Identificacion: _____ # de Identificacion: _____

Abagado	Nombre: _____	Bar #: _____
----------------	---------------	--------------

Visita de Agencia	Nombre: _____	Cuidad: _____	
Agencia	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> Parole	<input type="checkbox"/> CAO
	<input type="checkbox"/> OPD	<input type="checkbox"/> FBI	<input type="checkbox"/> DAO
	<input type="checkbox"/> APO	<input type="checkbox"/> Marshal	<input type="checkbox"/> MHMR
	Other: _____		

Aprobacion: Aprobado por: _____ Seida: _____

Recepcion: Tiempo Recibido: _____ Tiempos: _____

No escriba bajo esta linea - Para uso oficial solamente

I/M to report to:	<input type="checkbox"/> Visitation	<input type="checkbox"/> Attorney Room	<input type="checkbox"/> Table at Central
	<input type="checkbox"/> Room 111	<input type="checkbox"/> Room 3003	<input type="checkbox"/> Law Library
	Other: _____		