

V - ATIVIDADES ACADÊMICAS

01. JÁ FOI ALUNO DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA OU DE OUTRA ACADEMIA COMO POLÍCIA CIVIL OU MILITAR? () SIM () NÃO
CASO POSITIVO QUAL? _____
POR QUAL MOTIVO SAIU? _____

VI - SITUAÇÃO SOCIAL

01. CITE 03 (TRÊS) PESSOAS QUE POSSAM PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ:
NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

02. EM CASO DE URGÊNCIA, CITE 02 DUAS PESSOAS PARA CONTATO:

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

03. CITE O NOME DOS CLUBES OU ASSOCIAÇÕES QUE VOCÊ SEJA SÓCIO OU QUE FREQUENTA REGULARMENTE:

04. VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU POSSUI QUALQUER OUTRO VÍCIO OU DEPENDÊNCIA?
SIM () NÃO ()
CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES _____

05. PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?
SIM () NÃO ()
SE AFIRMATIVO ONDE? _____
PERÍODO _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____

VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

01. COM QUEM VOCÊ RESIDE:
() SOZINHO(a) () COM OS PAIS
() COM ESPOSO(a) () COM COMPANHEIRO(a)
() COM FILHO(a) () COM AMIGO

CITAR OS MOTIVOS: _____

02. SEU SALÁRIO ATUAL ADVÉM DE MAIS DE UMA FONTE DE RENDA?
SIM () NÃO ()

03. QUANTO É O SEU SALÁRIO? _____
04. QUANTO É SUA RENDA FAMILIAR? _____
05. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? _____

06. SUA RESIDÊNCIA É:
() PRÓPRIA () CEDIDA
() ALUGADA () OUTROS (especificar) _____

07. POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? () SIM () NÃO
EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA _____ ANO _____
MODELO _____ PLACA _____

08. CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

09. VOCÊ JÁ SOFREU OU SOFRE DE:
DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()
MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()
DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()
OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()
EM CASO AFIRMATIVO:
TOMA REMÉDIO CONTROLADO SIM () NÃO ()

QUAL? _____

EXPLIQUE DETALHADAMENTE O QUE VOCÊ SABE SOBRE A DOENÇA:

10. ALGUM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA JÁ SOFREU OU SOFRE DE:
DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()
MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()
DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()
OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()

CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE DETALHADAMENTE SOBRE A DOENÇA E O GRAU DE PARENTESCO: _____

11. VOCÊ JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAL? () SIM () NÃO
CASO POSITIVO, FORNEÇA DETALHADAMENTE:
NOME DO HOSPITAL _____
MOTIVO DO INTERNAMENTO OU NOME DA DOENÇA _____

PERÍODO DE INTERNAMENTO _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____
CIDADE _____ UF _____

12. TEM ALGUMA RESTRIÇÃO FÍSICA? _____ QUAL? _____

13. VOCÊ TEM ALGUM DISTÚRBO DE SAÚDE QUE O LIMITE QUANTO A PRÁTICA DE:
GINÁSTICA () SIM () NÃO
NATAÇÃO () SIM () NÃO
CORRIDAS () SIM () NÃO
GINÁSTICA PESADA () SIM () NÃO
CAMINHADAS LONGAS () SIM () NÃO
ARTES MARCIAIS OU DEFESA PESSOAL () SIM () NÃO
OUTRAS MODALIDADES ESPORTIVAS QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO (especificar) _____

14. TIPOSANGUÍNEO _____ FATORRH _____

VIII - INFORMAÇÕES PESSOAIS

FALA OUTRO IDIOMA? _____ QUAL? _____

FALE LIVREMENTE SOBRE VOCÊ: _____

(NOME) _____
DECLARO QUE AS RESPOSTAS FORNECIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO A EXPRESSÃO *DA VERDADE.

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO IV – TERMO DE DESISTÊNCIA DE BOLSA DE ESTUDO

Eu, _____, Inscrito (a) no CPF sob nº _____, e no RG nº _____, Residente e domiciliado (a) à _____, regularmente matriculado (a) no curso de **Formação Profissional do Concurso C-204/2017**, realizado pela **Escola de Administração Penitenciária-E-AP**, utilizo-me deste instrumento para formalizar a desistência da Bolsa de Auxílio de Estudo concedida no período letivo, por ser servidor público Matriculado nº _____, lotado no órgão _____, Departamento _____ na função _____.

Assinatura

_____/UF: _____, dia _____ mês _____ de 2019.