

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 A 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 _____

MODELO _____ PLACA _____ ANO _____

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 DISTÚRPIO 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. TIPO SANGÜÍNEO _____ FATOR RH _____

VIII - INFORMAÇÕES PESSOAIS

FALAOUITROIDIOMA? _____ 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 o nº _____. _____.
 ____ e no RG nº ___, Residente e domiciliado (a) à ____
 Nº _____, Bairro _____ cidade de _____ UF _____,
 regularmente matriculado (a) no curso de **Formação Profissional
 do Concurso C-204/2017**, realizado pela **Escola de
 Administração Penitenciária-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.

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS²

NOME:

CARGO/REGIÃO:

CPF:

NOME DO BANCO:

Nº DA AGÊNCIA.:

Nº. DA CONTA CORRENTE:

Observação: Não esquecer prioritariamente de especificar no espaço acima, o dígito verificador da agência e conta corrente, quando houver.

A conta deve ter obrigatoriamente as seguintes características:

- Ser conta corrente (Não ser conta salário e nem conta conjunta);
- Ter como titular da conta corrente o beneficiário da bolsa;
- Estar ativa (sempre verificar junto ao banco);
- Não ser poupança, nem conta virtual;
- A conta não poderá estar inativa, bloqueadas e/ou sem movimento;
- Recomenda-se, preferencialmente, a abertura de conta corrente no Banco do Banpará, pois há uma diversidade de contas cuja natureza especial dificulta o pagamento da bolsa.

_____, ____/____/____.

Local, Data

ASSINATURA POR EXTENSO

Assumo total responsabilidade sobre as informações contidas neste documento. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente documento, ficando ciente de que, no caso de inveracidade comprovada, implicará na rejeição dos valores pelo Banco e retorno aos cofres públicos.

2 Anexar cópia do extrato bancário