

06. 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 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 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. TIPO SANGUÍNEO _____
FATOR RH _____

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 _____.

ASSINATURA

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-199.2, 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 publico Matrícula nº _____, lotado no órgão _____ Departamento _____ na função _____.

Assinatura

_____/UF: _____, dia _____ mês _____ de 2021.