

V - ATIVIDADES ACADÊMICAS

1. 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

1. 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 _____

2. 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 _____

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

4. VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU POSSUI QUALQUER OUTRO VÍCIO OU DEPENDÊNCIA?

SIM () NÃO ()
CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES _____

6. PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM () NÃO ()
SE AFIRMATIVO ONDE? _____
PERÍODO ____/____/____ A ____/____/____

VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

1. COM QUEM VOCÊ RESIDE:
() SOZINHO(a) () COM OS PAIS
() COM ESPOSO(a) () COM COMPANHEIRO(a)
() COM FILHO(a) () COM AMIGO
CITAR OS MOTIVOS: _____

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

3. QUANTO É O SEU SALÁRIO? _____

4. QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? _____

5. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? _____

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

7. POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA _____
MODELO _____ PLACA _____ ANO _____

8. CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

9. 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-EAP, utilizo-me deste instrumento para formalizar a desistência da Bolsa de Auxílio de Estudo concedida no período letivo, por ser servidor público Matrícula nº _____, lotado no órgão _____.

Departamento _____ na função _____.

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

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

NOME: _____
CARGO/REGIÃO: _____
CPF: _____
NOME DO BANCO: _____ Nº. DA CONTA CORRENTE: _____
Nº DA AGÊNCIA: _____
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.