PERÍODO DE _____/_____/_____ A _____/_____/_____
MOTIVO DA SAÍDA _____
CARGO _____
EMPREGADOR _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO _____
_____
CIDADE_____ UF_____
FONE _____
PERÍODO DE _____/_____/_____ A _____/_____/___
MOTIVO DA SAÍDA _____
CARGO _____
EMPREGADOR _____
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO _____
_____
CIDADE_____UF_____
FONE _____
PERÍODO DE _____/_____/_____ A _____/_____/____
MOTIVO DA SAÍDA _____
QUAL SUA PROFISSÃO PRINCIPAL: _____
QUAL SUA PROFISSÃO SECUNDÁRIA: _____
TEM ALGUMA HABILIDADE ESPECÍFICA? ( ) SIM ( ) NÃO
CASO AFIRMATIVO QUAL: _____
VOCÊ JÁ FOI SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, FEDERAL OU MUNICIPAL?_____
CASO AFIRMATIVO FORNEÇA:
ÓRGÃO _____
ÚLTIMA LOTAÇÃO _____
DATA _____/_____/_____
MOTIVO DA EXONERAÇÃO OU DEMISSÃO _____

IV - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS VOCÊ JÁ RESPONDEU A:
INQUÉRITO POLICIAL SIM ( ) NÃO ( )
INQUÉRITO POLICIAL MILITAR SIM ( ) NÃO ( )
PROCESSO CÍVEL SIM ( ) NÃO ( )
PROCESSO CRIME SIM ( ) NÃO ( )
PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR SIM ( ) NÃO ( )
SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA DISCIPLINAR SIM ( ) NÃO ( )
OUTROS SIM ( ) NÃO ( )
CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES_____ ___
JÁ FOI REABILITADO EM SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA DISCIPLINAR? ( ) SIM ( ) NÃO
PORQUE ESCOLHEU A PROFISSÃO AGENTE PRISIONAL? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS COMO FUTURO AGENTE PRISIONAL?
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
CITAR QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO QUE VOCÊ JULGUE IMPORTANTE _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

V - ATIVIDADES ACADÊMICAS

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_____
NOME _____
RUA _____
Nº. _____
COMPLEMENTO _____
_____
BAIRRO _____
FONE _____
CIDADE _____ UF_____
CEP_____
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_____
CITE O NOME DOS CLUBES OU ASSOCIAÇÕES QUE VOCÊ SEJA SÓCIO OU QUE FREQUENTA REGULARMENTE:
_____
_____
_____
VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU POSSUI QUALQUER OUTRO VÍCIO OU DEPENDÊNCIA?
SIM ( ) NÃO ( )
CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES
_____
_____
PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?
SIM ( ) NÃO ( )
SE AFIRMATIVO ONDE? _____
PERÍODO_____/_____/_____
A _____/_____/_____

VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

COM QUEM VOCÊ RESIDE:
( ) SOZINHO(a) ( ) COM OS PAIS
( ) COM ESPOSO(a) ( ) COM COMPANHEIRO(a)
( ) COM FILHO(a) ( ) COM AMIGO
CITAR OS MOTIVOS: _____
_____
_____
_____
_____
_____
SEU SALÁRIO ATUAL ADVÉM DE MAIS DE UMA FONTE DE RENDA?
SIM ( ) NÃO ( )
QUANTO É O SEU SALÁRIO? _____
_____
QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? _____
_____
QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? _____
_____
SUA RESIDÊNCIA É:
( ) PRÓPRIA ( ) CEDIDA
( ) ALUGADA ( ) OUTROS (especificar)
_____
_____
_____
POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? ( ) SIM ( ) NÃO
EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA
_____
MODELO _____ PLACA _____ ANO
_____
CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

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 ( )