

**FICHA DE MATRICULA DO CANDIDATO
CURSO DE FORMAÇÃO GUARDA CIVIL MUNICIPAL**

DADOS DO (A) CANDIDATO (A)

CARGO:

NOME (SEM ABREVIAR):

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

FEMININO:

MASCULINO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO

CASADO

DIVORCIADO

SEPARADO

VIÚVO

ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):

TELEFONE RESIDENCIAL:

()

TELEFONE CELULAR:

()

ENDEREÇO

RUA / AV. / ROD.:

NÚMERO :

COMPLEMENTO :

CEP:

BAIRRO :

MUNICÍPIO :

ESTADO :

DOCUMENTOS PESSOAIS

RG (IDENTIDADE) :

ÓRGÃO EMISSOR :

DATA DE EXPEDIÇÃO DO RG:

-----/-----/-----

CNH :

CATEGORIA :

DATA DE VALIDADE CNH :

DATA DA PRIMEIRA CNH :

-----/-----/-----

-----/-----/-----

CARTEIRA DE TRABALHO :

NÚMERO :

SÉRIE :

DATA DE EMISSÃO :

-----/-----/-----

TÍTULO DE ELEITOR :

NÚMERO :

ZONA :

SEÇÃO :

PIS / PASEP :

CPF :

RESERVISTA :

DADOS COMPLEMENTARES											
TIPO SANGUÍNEO?											
POSSUI ALERGIA?		() SIM () NÃO		QUAL?							
POSSUI PLANO DE SAÚDE COM COBERTURA NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO OU RECIFE?							() SIM		() NÃO		
QUAL?											
POSSUI RESTRIÇÃO MÉDICA QUE O IMPEÇA DE FREQUENTAR AS AULAS PRÁTICAS MINISTRADAS NO CURSO DE FORMAÇÃO?							() SIM		() NÃO		
QUAL?											
INDICA ALGUÉM QUE POSSA SER ACIONADO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA?											
NOME:							TELEFONE:		()		
GESTANTE?		() SIM () NÃO		QUANTOS MESES?				LACTANTE?			
								() SIM () NÃO			
UTILIZARÁ MEIO DE TRANSPORTE PRÓPRIO PARA SE DESLOCAR AO CURSO DE FORMAÇÃO?											
() SIM () NÃO											
MODELO:				FABRICANTE:				COR:			
								PLACA:			
UNIFORME (OBS. Deixar para preencher no dia da matrícula)											
CAMISAS											
TAMANHO:											
() P											
() M											
() G											
() GG											
CAMISETAS PARA TREINAMENTO FÍSICO											
TAMANHO:											
() P MEDIDAS											
() M MEDIDAS											
() G MEDIDAS											
() GG MEDIDAS											
CADASTRO BANCÁRIO											
Código do Banco:						Código da Agência:				Banco:	
Nº e dígito da conta corrente:								Poupança:		SIM	
										NÃO	

DADOS COMPLEMENTARES

FOI INFECTADO PELO VIRUS SARS-COV-2?	() SIM () NÃO	QUANDO?	
FOI VACINADO CONTRA COVID-19?	() SIM () NÃO		
QUAL VACINA?			
TOMOU AS 02 DOSES?	() SIM () NÃO		
DATA DA ÚLTIMA DOSE:			
GOSTARIA DE SER VACINADO ? (Caso não tenha sido)			

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Candidato