

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE ALAGOAS

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

ACADEMIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOAS - APOCAL

FICHA DE MATRÍCULA ACADÊMICA

**CURSO DE FORMAÇÃO POLICIAL PARA O CARGO DE** .....................................................

**DE POLÍCIA.**

Nome .........................................................................................................................................

Filiação........................................................................................................................................

e .................................................................................................................................................

Local de Nascimento ......................................... Data de Nascimento …......./........../...............

Nacionalidade ..................................................... Estado Civil …..............................................

CI (RG) ................................. Órgão Expedidor ................ Data Expedição …..../......./............

CPF..............................................Habilitação nº..................................................Categoria.......

Título de Eleitor.............................................. Zona …................... Secção ..............................

CTPS nº....................................... Série nº......................... Data Expedição …..../......./............

Certificado de Reservista ...........................................................................................................

Categoria .................................... Região......................................... CSM.................................

Endereço Residencial …............................................................................................................

Nº..........................Apto................ Bloco ................ Bairro …....................................................

Cidade.................................................UF............................. CEP ............................................

Telefone: Res ( ) ......................................... Celular ( )...................................................

E-mail..........................................................................................................................................

Intolerância medicamentosa …..................................................................................................

…................................................................................................................................................

Plano de Saúde .........................................................................................................................

Tipo Sangüíneo/Fator RH ...................................................

Em caso de Emergência contatar: .............................................................................................

Fone: ( ).......................................................... ( )..........................................................

Último local de Trabalho: ….......................................................................................................

Endereço: Rua............................................................................................................................

Nº..........................Apto................ Bloco ................ Bairro …....................................................

Cidade ...................................................................... CEP …....................................................

Fones com código de área ( ) …...................................... ( )........................................

Adventista ( ) SIM ( ) NÃO

Experiência Profissional: …........................................................................................................

....................................................................................................................................................

Escolaridade:..............................................................................................................................

Graduação .................................................................................................................................

### Titulação.........................................................................................................................

### ( ) Especialista ( ) Aperfeiçoamento ( ) Mestre ( ) Doutor

Domínio de língua estrangeira: …..............................................................................................

Curso de informática: ….............................................................................................................

Declaro-me ciente da total responsabilidade pelas informações acima prestadas.

#### Maceió, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2013

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Assinatura do aluno

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Assinatura do procurador