



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA – SGAP
DIRETORIA DE ESCOLA PENITENCIÁRIA - DEP

FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSOS DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES PENITENCIÁRIOS **USO DE ARMA DE FOGO**

NOME:		
ENDEREÇO:		
TELEFONE(S):		E-MAIL:
DATA DE NASCIMENTO:	RG:	CPF:
MATRÍCULA:		CARGO:
UNIDADE/SETOR EM QUE TRABALHA ATUALMENTE:		FUNÇÃO QUE DESEMPENHA ATUALMENTE:

Declaro estar ciente de todas as informações sobre o curso e assumo o compromisso de fazer jus a esta vaga.
Em caso de desistência ou impossibilidade de participação comprometo-me em justificar a ausência com antecedência mínima de 48 horas.

Maceió, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Candidato

Responsável pelo recebimento – DEP
Em ____/____/____

Complexo Penitenciário Alagoano, Prédio do Hospital de Custódia e Tratamento – HCT.
Av. Lourival Melo Mota, s/n, Km 14, Cidade Universitária – Maceió-AL
CEP 57072970. Email: dep@sgap.al.gov.br. Tels.: 3315-1049 ou 8834-3619.