



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

NOME:		
ENDEREÇO:		
TELEFONE(S):		E-MAIL:
DATA DE NASCIMENTO:	RG:	CPF:
MATRÍCULA:		CARGO:
UNIDADE/SETOR EM QUE TRABALHA ATUALMENTE:		FUNÇÃO QUE DESEMPENHA ATUALMENTE:
NÍVEL DE ESCOLARIDADE:		
MARQUE COM UM (X) DE QUAIS CURSOS DE CAPACITAÇÃO GOSTARIA DE PARTICIPAR		
<input type="checkbox"/> Administração Penitenciária		<input type="checkbox"/> Saúde Mental
<input type="checkbox"/> Algemagem e Revista		<input type="checkbox"/> Tratamento Penal
<input type="checkbox"/> Defesa Pessoal		<input type="checkbox"/> Primeiros Socorros
<input type="checkbox"/> Inteligência Penitenciária		<input type="checkbox"/> Uso de Arma de Fogo
<input type="checkbox"/> Segurança e Vigilância		
INDIQUE A ORDEM DE PREFERÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO DOS CURSOS SELECIONADOS		
1ª opção:		
2ª opção:		
3ª opção:		

Declaro estar ciente de todas as etapas e exigências do processo de seleção para os referidos cursos, sendo o preenchimento e entrega desta Ficha de Inscrição apenas a primeira etapa deste processo, comprometendo-me a estar atento aos prazos e documentações exigidas no decorrer do processo de seleção.

Maceió, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Candidato

Responsável pelo recebimento – DEP

Em ____/____/____