



## Ficha de inscrição - Nº

ESTE CAMPO DEVE SER PREENCHIDO POR SERVIDOR DA ACADEPOL

### FICHA DE INSCRIÇÃO TREINAMENTO FUNCIONAL

Nome: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

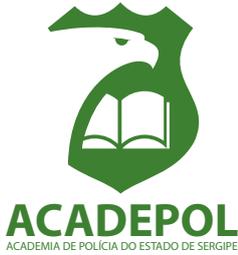
R.G: nº \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Órgão : \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Horário escolhido ( ) Seg e qua 08:00 às 09:00h ( ) Ter e qui 16:00 às 17:00h

### FICHA INFORMATIVA - SAÚDE

1. Toma algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
2. Tem algum tipo de alergia? ( ) Sim ( ) Não -  
Se sim, a quê? \_\_\_\_\_  
Traz consigo o medicamento que utiliza, quando necessário? \_\_\_\_\_
3. Você é portador de ( ) asma ( ) hipertensão ( ) hipoglicemia ( ) diabetes ( ) Outra: \_\_\_\_\_
4. Você já teve alguma doença grave? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
5. Você já se submeteu a alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
6. Qual seu tipo de sanguíneo? \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_
7. Em caso de necessitar de um hospital, qual indica? \_\_\_\_\_
8. Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não - Se sim, qual? \_\_\_\_\_
9. Possui um médico específico? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual o Nome: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_
10. Cite duas pessoas com endereço e telefone para contato, se necessário:  
Nome: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_



ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA - SSP  
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
ACADEMIA DE POLÍCIA CIVL DE SERGIPE - ACADEPOL

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Sou responsável pelo meu estado físico e mental.
2. Declaro ser maior de idade\* (acima de 18 anos), responsável pelos meus atos, assumindo total responsabilidade caso infrinja legislação municipal, estadual ou federal, cabendo a cada um que participar das atividades desta academia, colaborar para uma efetiva integração do grupo, evitando ilícitos, ficando claro que cada um responde por si, em âmbito judicial.
3. Autorizo o uso de minhas fotos e/ou imagem para eventuais publicações a afim de divulgar o trabalho do treinamento funcional e para fins de promoção da mesma em qualquer veículo e por tempo indeterminado.

**Após ter lido este termo de responsabilidade e tendo compreendido suas cláusulas, manifesto minha concordância.**

---

**Assinatura do Aluno**