

LAUDO PSICOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO DA CLÍNICA:

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Responsável Técnico: _____

CPF do responsável Técnico: _____

IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Nome: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Escolaridade _____

Idade: _____ CPF: _____

Profissão: _____ Data da avaliação: ____/____/____

O candidato acima relacionado foi submetido à avaliação psicológica, sendo considerado:

- () APTO ao manuseio de arma de fogo
- () APTO ao manuseio de arma de fogo e ao exercício da profissão de vigilante
- () INAPTO

Local e data

Nome do psicólogo: _____

Nº CRP: _____

CPF: _____

Assinatura do Psicólogo