

## 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