

APÊNDICE XIII**MARINHA DO BRASIL****COMANDO DO 3º DISTRITO NAVAL****FICHA DE VERIFICAÇÃO DOCUMENTAL****NOME DO VOLUNTÁRIO:** _____**VAGA PRETENDIDA:** _____

Item	DOCUMENTO	Quantidade de documentos	Apresentou	
			SIM	NÃO
01	Cópia do Documento oficial de identidade com fotografia.			
02	Comprovante de inscrição			
03	Cópia do CPF (podendo constar no documento oficial de identidade).			
04	Cópia da Certidão de Nascimento, Casamento ou Contrato de União Estável.			
05	Cópia do certificado de reservista ou prova de quitação com o Serviço Militar devidamente reconhecido pela respectiva autoridade competente do Serviço Militar			
06	Cópia do Comprovante de residência.			
07	Cópia da Folha de Alterações da Caderneta Registro/Assentamentos, para militares da ativa e reserva.			
08	Cópias do Título de Eleitor e certidão de quitação eleitoral emitida pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE), no máximo, há 30 dias da data de entrega dos documentos;			
09	Cópia do Diploma de curso de graduação na habilitação a que concorrer e de licenciatura (para a área de Técnico-Magistério), com validade nacional ou declaração de conclusão do curso de graduação contendo a data de colação de grau, acompanhada de histórico escolar. Caso o voluntário não apresente, deverá ser entregue a declaração constante do Apêndice IV.			
10	Cópia do registro profissional expedido pelo órgão fiscalizador da profissão, quando for exigido pela profissão, quando couber, caso o voluntário não apresente, deverá preencher e apresentar o Apêndice V			
11	Declaração de Voluntariado e Compromisso.			
12	Declaração de Tempo de Serviço Militar Anterior.			
13	Certidão de Antecedentes da Justiça Militar.			
14	Certidão da Justiça Federal.			
15	Certidão da Justiça Estadual.			
16	Atestado de bons antecedentes de conduta.			
17	Declaração negativa de gravidez, no caso de voluntária feminina.			

18	Declaração de Investidura em Cargo Público para Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas.			
19	Declaração Negativa de Investidura em Cargo Público para Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas.			
20	Declaração Negativa de Investidura em Cargo Público para Profissionais das demais áreas.			
21	OUTROS:			
	TOTAL DE FOLHAS:			

Local _____, em ___ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor Responsável

Assinatura do Voluntário