

SOLICITAÇÃO DO RESIDENTE**1.****Programa:****Nome:****Matrícula:****Telefones:****Email:****2. Solicitações:**

☐ **Afastamento das Atividades: (ANEXAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS)**
Atestados de até três dias (máximo de 3 dias por bimestre)
Atestados de 3 a 15 dias ou mais de 3 dias no bimestre
Atestados de mais de 15 dias
Demais Licenças

☐ **Solicitação de Reposição de Carga Horária após período de afastamento (Obs.: Informar se é reposição teórica ou prática)**

☐ **Declaração: (ESPECIFICAR O TIPO DE DECLARAÇÃO)**

☐ **OUTRAS SOLICITAÇÕES: (utilize o verso da folha, caso julgue necessário)**

____/____/____ Assinatura do(a) Residente

RECIBO DO REQUERENTE**Nome:****Solicitação:**



FIOCRUZ | Brasília
Outras solicitações:



Outras solicitações:

[illegible]