

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO

À Coordenação do Programa de Residência _____

Eu, _____,

Matrícula nº _____,

(categoria profissional), portador(a) do Registro do Conselho Profissional nº _____

(sigla conselho regional e número do conselho regional) e do CPF nº _____,

contatos (e-mail e/ou telefone) _____ venho

comunicar minha **desistência**, em caráter irrevogável, do Programa de Residência

_____.

Desta forma, solicito rescisão do vínculo junto à Escola Fiocruz de Governo - EFG, bem como a interrupção do pagamento da Bolsa de Residência.

Declaro que exerci minhas atividades como residente até o dia ____ / ____ / ____.

Motivo da desistência:

Consta como anexo a esta solicitação, cópia da última folha de frequência, comprovante de Nada Consta da biblioteca e o Crachá (*documentos obrigatórios*).

Brasília, ____ de ____ de _____, _____.

Assinatura do Residente

Preenchimento a ser feito pelo coordenador do programa

Declaro que estou ciente do requerimento do residente supracitado.

Brasília, ____ de ____ de _____, _____.

Coordenador