

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

 Avenida José de Sá Maniçoba, s/nº, Centro – CEP 56034-205 – Petrolina - PE coreme@univasf.edu.br

 **FORMULÁRIO DE DESISTÊNCIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA**

Este formulário trata-se da solicitação de desligamento/desistência de um Programa de Residência Médica solicitado exclusivamente pelo médico residente, devendo ser preenchido, escaneado, salvo em PDF e enviado para o e-mail: coreme@univasf.edu.br

DADOS PARA O DESLIGAMENTO

|  |
| --- |
| Médico Residente (Nome Completo): |
| CPF: |
| RG: |
| Programa de residência médica: |
| Categoria (R1/R2/R3/R4/R5): |
| Data da desistência: |
| Último dia trabalhado: |
| Exposição dos motivos para a desistência: |

Ao preencher este formulário declaro para os devidos fins que a solicitação da desistência/desligamento é em caráter definitivo, não sendo possível, em hipótese alguma, o retorno à Residência Médica. Declaro ainda que, caso seja necessário, devolverei por meio de GRU (Guia de Recolhimento da União), o recebimento dos dias da bolsa pagos indevidamente caso o fechamento da folha mensal de pagamento da UNIVASF já tenha ocorrido sem o exercício das minhas atividades nos dias, dentro do mês, em que foi registrada a desistência.

Petrolina, \_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Assinatura do(a) médico(a) residente solicitante***