**SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO**

Eu, **NOME DO RESIDENTE**, profissão, abaixo assinado(a), portador(a) do Registro do Conselho Profissional nº CONSELHO-UF- 0000 e do CPF nº 000.000.000-00, residente da Área de Concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) da Universidade Federal de Uberlândia, na presença de duas testemunhas, venho por intermédio do presente, solicitar o **desligamento** da referida Área de Concentraçãoa partir de 00 de mês de 20\_\_, devido a Justificativa, sendo necessário o afastamento das minhas atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. Desta forma, solicito rescisão do Termo de Compromisso junto a Universidade Federal de Uberlândia.

Uberlândia, DATA.

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

**NOME DO RESIDENTE**

Declaro ciência da presente solicitação de desligamento,

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

**Nome do(a) Coordenador(a) de Área**

**Coordenador(a) da Área nome da área de concentração**

Testemunhas:

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

**Nome e assinatura**

**CPF**

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

**Nome e assinatura**

**CPF**