**SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO**

Eu, ......................................................................................................................................................., CPF nº .................................,RG Nº ................................. MATRICULA nº .......................................... .residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ UESC período \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ na Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, solicito o desligamento da residência em função de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(anexo).

**NOME COMPLETO**

**PROGRAMA:**

**MATRÍCULA:**

**CONTATO TELEFONICO**

**CONTATO EMAIL:**

DATA : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO PROFISSIONAL

OBS: NÃO É PERMITIDO ASSINATURA DIGITAL

\*A assinatura deve ser a mesma constante na cópia do RG a ser anexada a essa solicitação

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

A efetivação de DESLIGAMENTO DO PROGRAMA no sistema da UESC é uma ação com impactos irreversíveis no sistema da Universidade. Portanto, para a sua efetivação, o interessado deve entregar na sala de saúde coletiva/UESC, ANEXA A ESSE FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO, uma CÓPIA SIMPLES da CARTEIRA DE IDENTIDADE + TERMOS DE CIÊNCIA E CONCORDANCIA DA COORDENAÇÃO LOCAL + TERMOS DE CIÊNCIA E CONCORDANCIA DA PRECEPTOR(A) compatíveis; do contrário, o desligamento do programa não é efetivado.