TERMO DE DESISTÊNCIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, matriculado(a) no Programa de Residência _____, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, solicito o cancelamento de minha matrícula e encerramento das atividades no referido programa no dia _____/_____/_____, por motivo de _____

_____

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____.

_____

PROFISSIONAL RESIDENTE

_____

SUPERVISOR DO PROGRAMA