



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

TERMO DE DESISTÊNCIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
CPF _____, ingresso em ___ / ___ / ___ no Programa de
Residência _____,
área profissional _____, solicito por meio deste documento o
cancelamento da minha matrícula e encerramento das minhas atividades no programa
de residência no dia ___/___/___, por motivo (s)
_____.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 20__

Nome do profissional e assinatura

Ciente:

Nome do coordenador do programa e assinatura