# REQUERIMENTO DE RECESSO INDIVIDUAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Bolsa:** | | | |
| **Bolsista:** | | | |
| **Categoria profissional:** | | | **Celular:** |
| **Data da adesão ao Programa:** | | **Carga Horária da Bolsa:** | |
| **Unidade de Prática:** | | | |
| **Programa/Projeto: Especialização Em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família - ESF** | | | |
| **Vínculo com a SEMSA:** SIM NÃO |  | | |

Venho requerer \_\_\_\_\_ dias de descanso das minhas atividades educacionais: referente ao \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (primeiro/segundo) período de 12 meses de atividades do Curso Especialização Em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, conforme preconizado na Lei 2320, de 06/06/2018.

**Observação:**

O bolsista deverá requerer seu recesso ao Gestor Local conforme programação previamente aprovada.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bolsista |

Aprovação:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Coordenação | Distrito de Saúde |