# REQUERIMENTO DE RECESSO INDIVIDUAL - RESIDÊNCIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Bolsa: Especializando VII** | | |
| **Bolsista:** | | |
| **Categoria profissional:** | | |
| **Data da adesão ao Programa:** | | **Carga Horária da Bolsa:** |
| **Unidade de Prática:** | | |
| **Programa/Projeto: RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE** | | |
| **Vínculo com a SEMSA:** | **Celular:** | |

Venho requerer **30** dias consecutivos de descanso das minhas atividades educacionais: referente ao **PRIMEIRO/SEGUNDO** ano de atividades do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,** conforme programação constante no informe da Supervisão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade/SEMSA.

**Observação:**

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

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

Aprovação:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| EAS | Distrito de Saúde |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Visto da Coreme/ESAP |