

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
TERMO DE SOLICITAÇÃO – FÉRIAS

Ao Coordenador(a) do Programa de Residência Médica em _____,

Considerando o Regimento dos Programas de Residência Médica do ICEPi,

Eu, _____, matrícula nº _____, CPF nº _____,
médico residente do Programa de Residência Médica em _____,
venho por meio deste, requerer autorização para usufruir de período de férias referente ao ano 20____, R____.

PERÍODO DE FÉRIAS ____/____/____ a ____/____/____ (30 dias).

_____, ____/____/____
(Município)

ASSINATURA DO RESIDENTE

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
TERMO DE LIBERAÇÃO – FÉRIAS

À Comissão de Residência Médica – COREME/ICEPi,

Eu, _____, CPF _____, Coordenador do Programa de Residência
Médica em _____, aprovo solicitação de férias do
residente _____.

_____, ____/____/____
(Município)

ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROGRAMA