

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
TERMO DE SOLICITAÇÃO - PERÍODO DE DESCANSO - BOLSISTA ICEPI/SESA

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

Eu, _____, CPF nº _____, Bolsista ICEPI/SESA no papel de _____ do Programa de Residência Médica em _____, venho solicitar autorização para usufruir de período de descanso das atividades junto ao Programa, no período de:

() 30 dias consecutivos de ____/____/____ a ____/____/____.

OU

() 15 dias consecutivos de ____/____/____ a ____/____/____ e 15 dias consecutivos de ____/____/____ a ____/____/____.

_____, _____ de _____ de 20____.
(Município)

ASSINATURA DO BOLSISTA

REGRAMENTO

- Para os Bolsistas que tenham pactuado junto ao ICEPI período de atuação superior à 11 (onze) meses contínuos, será garantido o gozo de 30 dias, contínuos ou fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias, de descanso das atividades, cabendo ao participante a compensação de demandas curriculares e de pesquisa não cumpridas durante o respectivo período.

- O recesso será concedido somente após 06 (seis) meses de atividade.

- O período de trinta dias poderá ser contínuo ou fracionado em até dois períodos de 15 dias, sendo necessário intervalo de 60 dias entre os recessos, independente se contínuo ou fracionado.

- O período de descanso deverá ser solicitado pelo bolsista, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e autorizado pelo Coordenador do Programa e/ou pela COREME. O bolsista não iniciará o descanso obrigatório sem a anuência do Coordenador do Programa e/ou da COREME.

- O descanso a que se refere o caput não será passível de indenização caso não seja usufruído em todo ou em parte.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
TERMO DE AUTORIZAÇÃO - PERÍODO DE DESCANSO - BOLSISTA ICEPI/SESA

Eu, _____, CPF Nº _____, Coordenador do Programa de Residência Médica em _____, autorizo _____, CPF nº _____, Bolsista ICEPI/SESA no papel de _____, a usufruir do período de descanso descrito acima.

_____, _____ de _____ de 20____.
(Município)

ASSINATURA DO COORDENADOR