



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA VETARINÁRIA

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

DADOS DO RESIDENTE			
Nome:			
CPF:		RG:	Siape:
R 1 <input type="checkbox"/>	R 2 <input type="checkbox"/>	Email:	Tel:
Programa:			
DADOS DO AFASTAMENTO			
Data de início:		Data de término:	
Total de dias de serviço que serão utilizados:			
Motivo do Afastamento:			
Detalhar Afastamento (atividades relacionadas; dados do evento, apresentação de trabalhos, licença, etc):			
Obs: Anexar os documentos comprobatórios do afastamento e justificativa do afastamento sem prejuízo dos serviços			

Mossoró, ____ / ____ / ____

Residente

Orientador/Tutor

Coordenador do Programa de Residência