

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA VETARINÁRIA

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO RESIDENTE** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | | RG: | | Siape: |
| R1 R2 | 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