

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 doafastamento sem prejuízo dos serviços |

Mossoró, / /

Residente Orientador/Tutor

 Coordenador do Programa de Residência