



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL
FORMULÁRIO DE DISPENSA PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

São José do Rio Preto, ____/____/20____

SENHOR COORDENADOR:

Eu, _____,
CPF _____, residente do Programa
_____ na
área de _____ da Instituição de Ensino:
_____,
na cidade _____ estado _____.
Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, autorização para realizar estágio
opcional na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, no Programa de
_____, na área de _____.
período de ____/____/____.

Assinatura Residente

COORDENADOR/A DO PRM MATRICULADO
(Assinatura e carimbo)

DE ACORDO ____/____/____

COORD. DA COREMU DO PRM MATRICULADO
(Assinatura e carimbo)

DE ACORDO ____/____/____

COORDENADOR/A DO PRM FAMERP
(Assinatura e carimbo)

DE ACORDO ____/____/____

COORD. DA ÁREA DO PRM FAMERP
(Assinatura e carimbo)

DE ACORDO ____/____/____

PROF^a. DR^a. MAGALI AP. ORATE MENEZES DA SILVA
Coordenadora da Comissão de Residência
Multiprofissional e Uniprofissional – FAMERP