



REQUERIMENTO PARA LICENÇA NOJO

Ao Sr. Coordenador da Comissão de Residência Médica:

Eu Residente Médico do Programa
de no hospital
requero o benefício de **Licença Nojo** durante o período de / / a
 / / . Estou ciente que deverei repor a carga horária correspondente
aos 8 dias resultante da licença para efeito da integralização da Residência
Médica neste PRM.

Passo Fundo, de de .

Médico Residente (assinatura e carimbo)

Ciente, em _____ / _____ / _____

Supervisor do PRM (assinatura e carimbo)