



SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO PROGRAMA MAIS SAÚDE MANAUS - PROMAIS

Eu _____,
CPF _____, RG _____, aprovado (a) no Processo Seletivo nos termos do Edital nº 003/2019-GR/UEA/SEMSA, para atuar no Curso de **Especialização em Saúde da Família e Comunidade, como MÉDICO(A) ESPECIALIZANDO VI**, comunico meu desligamento voluntário como bolsista do Programa Mais Saúde Manaus-PROMAIS, a contar de ____/____/____, por motivo de:

_____.

Manifestação de interesse em permanecer no Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade realizado pela Universidade Estadual do Amazonas – UEA:

- SIM, quero continuar o curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, realizado pela Universidade do Estado do Amazonas, na condição de aluno não bolsista.
- NÃO tenho interesse em continuar o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade e solicito o cancelamento da minha matrícula.

Sendo esta a expressão da verdade, firmo o presente termo.

Manaus, ____ de _____ de _____

Assinatura do Bolsista

Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP
Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA