**O(A) COORDENADOR(A) DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (MULTI OU UNIPROFISSIONAL) NA ÁREA “(NOME DA ÁREA)”, (NOME DO(A) COORDENADOR(A))**, certifica sua anuência para que **(NOME DO(A) RESIDENTE)**, CPF: XXXXX, SIAPE: XXXXX, realize concomitantemente ao Programa de Residência o curso de Pós-graduação Stricto Sensu “NOME DO PROGRAMA”, Edital nº **xxx,** caso seja aprovado**.**

**O(A) COORDENADOR(A) DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E O(A) RESPECTIVO(A) RESIDENTE** estão cientes de que, obrigatoriamente, deverá ser respeitado o tempo integral do profissional residente ao programa de estudos com dedicação exclusiva e cumprimento das atividades do programa de residência em regime de 60 horas semanais (*DESPACHO ORIENTADOR CNRMS № 01/2015).*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura Residente*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura coordenador(a)*