**SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO**

Eu, **NOME DO RESIDENTE**, profissão, abaixo assinado(a), portador(a) do Registro no Conselho Profissional nº CONSELHO-UF-0000 e do CPF nº 000.000.000-00, residente da Área de Concentração nome da área de concentração, do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) da Universidade Federal de Uberlândia, na presença de duas testemunhas, venho por meio do presente, solicitar o **trancamento da matricula** na referida Área de Concentração no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_, motivo do trancamento solicitado, sendo necessário o afastamento por numero de meses (é permitido um ano no máximo) das minhas atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. Desta forma, solicito rescisão do Termo de Compromisso junto a Universidade Federal de Uberlândia.

Uberlândia, DATA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME DO RESIDENTE**

Declaro ciência da presente solicitação de trancamento,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do(a) Coordenador(a) de Área**

**Coordenador(a) da Área nome da área de concentração**