**TERMO DE DESISTÊNCIA (Modelo)**

Eu, ***Sr. (a)*** **(nome completo residente)**, **(categoria profissional)**, abaixo assinado(a), portador(a) do Registro do Conselho Profissional nº **(sigla conselho regional e número do conselho regional)** e do CPF nº **(xxx.xxx.xxx-xx)**, na presença de duas testemunhas, venho por intermédio do presente, comunicar minha **desistência**, em caráter irrevogável, à Bolsa de Residente Multiprofissional no Programa de ***(nome do programa de residência)***,área de concentração ***(nome da área de concentração),*** número de protocolo/processo no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SisCNRMS ***(ano/nº)*** em que estive desenvolvendo até a presente data minhas atividades como residente. Desta forma, solicito rescisão do Termo de Compromisso junto a(o) ***(nome do instituição)***.

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

**(nome completo do residente)**

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

Testemunhas:

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

**(nome completo e CPF xxx.xxx.xxx-xx)**

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

**(nome completo e CPF xxx.xxx.xxx-xx)**