



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
SETOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3896-1241 – residenciamedica@emilioribas.sp.gov.br



**DISPENSA PARA PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS
E/OU DEMAIS ATIVIDADES CIENTÍFICAS**

Segundo o Artigo 27º do Regimento Interno da Residência Médica no IIERibas:

"Ao médico residente será assegurado o direito a 10 (dez) dias por ano de licença para congressos, simpósios e/ou cursos, incluindo o tempo para viagens e deslocamento, sendo no máximo 8 (oito) dias consecutivos por vez.

§1 - Caso seja possível o médico residente participar de algum evento sem comprometer suas atividades da Residência não será necessário solicitar a respectiva licença.

§2 - A solicitação de licença congresso deverá ser entregue na secretaria do Setor de Residência Médica com antecedência mínima de 30 dias do início da licença.

§3 - Os médicos residentes assumem o compromisso de repassar, sempre que solicitado, o conteúdo dos eventos para os quais se ausentaram."

Em conformidade com a ética profissional e o Regimento Interno da Residência Médica no IIER, eu abaixo assinado solicito dispensa das minhas atividades no Programa para participar do evento científico:

(nome do Evento)

(local do Evento)

a ser realizado de ___/___/___ a ___/___/___, conforme material de divulgação anexo.
Comprometo-me a entregar o comprovante de participação no Setor de Residência Médica em até 30 dias após o término da dispensa.

Nome do Residente: _____

() do IIER () de outra Instituição: _____

Email: _____ Assinatura: _____

Informações complementares sobre este período:

- Campo(s) de Estágio(s): _____
- Estou escalado para apresentar Reunião: () não () sim. Data: ___/___/___
- Estou escalado para algum Plantão: () não () sim. Data: ___/___/___
(oficializar a troca no impresso correspondente)
- Para este afastamento utilizarei ___ dos 10 dias anuais a que tenho direito, sendo que já utilizei ___ dias em outro(s) evento(s) neste ano letivo.

Recebido pelo Setor de Residência Médica em: ___/___/___ : () aprovado () indeferido

Campo(s) de Estágio ciente(s) em: ___/___/___ . Parecer: () aprovado () indeferido

Observações: