



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas MG.
CEP 37130-001 Fone (035) 3701-9000



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, RG: _____
Nº CPF: _____, Categoria Profissional _____,
Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas-MG, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG e a Santa Casa de Alfenas, selecionado (a) pelo Edital nº 011/2020, atesto a minha disponibilidade para participar em dedicação exclusiva ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIFAL-MG a partir do dia 01 de março de 2021.

Alfenas, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do profissional residente: _____