



Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde
da UNEB.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____,

CPF: _____, Categoria Profissional: _____

regularmente matriculado(a) no Curso de Especialização *Latu Sensu* na modalidade de Residência/Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia – UNEB em parceria com o Ministério da Saúde, doravante denominado (a) profissional de saúde residente, declaro para os devidos fins, não ter vínculo empregatício/funcional, nem possuir atividade remunerada, não receber bolsa com outras verbas de caráter indenizatório, assumindo assim o compromisso de DEDICAÇÃO EXCLUSIVA ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Assumo inteira responsabilidade pelo acima declarado estando ciente que o não cumprimento deste termo implicará pelo em SUSPENSÃO IMEDIATA da bolsa e DESLIGAMENTO do curso.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE RESIDENTE