



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____,
venho pela presente solicitar à V.S^a. meu desligamento do Programa
de _____ do Instituto
Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura