



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
FORMULÁRIO DE REMOÇÃO DE BOLSISTA**

RECEBIDO
DATA _____ / _____ / 2023.

Assinatura – GGFPF

INFORMAÇÕES SOBRE O BOLSISTA

() A PEDIDO () DEMANDA ADMINISTRATIVA

NOME DO BOLSISTA:

MATRÍCULA:

TELEFONE:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E RESERVADO À COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

PROGRAMA/PROJETO/
NÚCLEO/PLANO:

CARGA HORÁRIA –
PRÁTICA + TEÓRICA

LOTAÇÃO ATUAL:

LOTAÇÃO PRETENDIDA:

PARECER DO COORDENADOR DO PROGRAMA

_____ / _____ / 2023.

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO _____

Assinatura do (a) Coordenador (a)

JUSTIFICATIVA SE HOUVER PARA A REMOÇÃO – RESERVADO AO BOLSISTA

Assinatura do (a) Bolsista

PARECER DA DIRETORIA

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO

_____ / _____ 2023.

Assinatura do (a) Diretor (a)

REMOVER A PARTIR DE _____ / _____ / 2023

PARECER DO SECRETÁRIO/PRESIDENTE OU DA ASSESSORIA EXECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO

Assinatura Secretário/Presidente ou Assessoria Executiva de Recursos Humanos

Orientações para preenchimento deste formulário.

Colher assinatura seguida de carimbo: bolsista, parecer da FESP, parecer da diretoria e secretário ou do RH.
O formulário só será acolhido pela GGFPF, com a presença do bolsista, visto que sem o bolsista presente é impossível a realização da transferência, considerando sua cientificação na carta de apresentação.