



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

RECEBIDO
DATA _____ / _____ /2025.

Assinatura – FESP

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 DA DIRETORIA

_____ / _____ /2025.

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO

Assinatura do(a) Diretor(a)

PARECER DO COORDENADOR DO PROGRAMA

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO

_____ / _____ /2025.

Assinatura do(a) Coordenador(a)

JUSTIFICAVA DA REMOÇÃO

Assinatura do(a) Bolsista(a)

_____ / _____ /2025.

REMOVER A PARTIR DE _____ / _____ /2025

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

[] DEFERIDO [] INDEFERIDO

_____ / _____ /2025.

Assinatura do(a) Responsável pel RH da FESP