



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Escola de Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-001
Fone: (35) 3701-9262



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº: _____, Residente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, em parceria com instituições conveniadas com a UNIFAL-MG no Estado de Minas Gerais e em outros Estados, selecionado (a) pelo Edital nº 16/2024, atesto a minha disponibilidade para participar em dedicação exclusiva ao citado Programa, da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, a partir do dia 5/3/2025.

Alfenas _____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Residente: _____