



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO - MEC
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE- CNRMS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL

Eu, _____, matriculado(a) no Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, CPF nº _____, declaro que **não mantenho vínculo empregatício** e que não o terei durante a vigência da residência, 01/03/2024 a 28/02/2026.

Estou ciente:

- de que mantereí dedicação exclusiva exigida pelo Programa, durante o período de **dois anos**, com **carga horária de 60 horas semanais** e que ocorrerão atividades aos **finais de semana e/ou feriados**;
- do Regimento Interno da Instituição, do Regulamento da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e do Projeto Pedagógico da Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica.

Sorocaba,.....de.....de

Assinatura do Residente