**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO MORADIA**

Eu, **[Nome Completo do Médico Residente],** inscrito no Programa de Residência Médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS/UFES), na área de [especificar a área de residência], matrícula nº [informar matrícula], residente no Hospital Universitário “Cassiano Antonio Moraes” (HUCAM/UFES), declaro para os devidos fins que:

1. **Solicito o Auxílio Moradia** conforme disposto na **Resolução nº 29/2011**, do Conselho Universitário da UFES, com base na comprovação de que não possuo acomodações próprias ou da minha família nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra).
2. **Declaro que estou regularmente matriculado** no Programa de Residência Médica da UFES e que a solicitação é feita de forma voluntária, conforme as condições exigidas pela Resolução nº 29/2011, Art. 4º.
3. **Comprometo-me a apresentar mensalmente à COREME** os comprovantes de pagamento do imóvel alugado que utilizo como moradia, de acordo com as exigências do Art. 4º, inciso III, da referida resolução.
4. **Declaro, ainda, que apresentarei cópia autenticada do contrato de aluguel** do imóvel onde resido, localizado em [informar município de residência], conforme os critérios estabelecidos pela Resolução nº 29/2011.
5. **Autorizo a Comissão de Residência Médica (COREME)** a realizar a verificação dos documentos e endereços fornecidos, bem como a atualização do rol de beneficiários do auxílio moradia, conforme necessidade, caso haja alteração no meu endereço residencial.
6. **Declaro que as informações prestadas são verdadeiras** e que estou ciente de que qualquer falsificação ou omissão de dados poderá implicar no cancelamento do auxílio moradia e em outras sanções cabíveis.

**Assinatura do Médico Residente:**

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_