



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

Eu \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF  
\_\_\_\_\_, nº matrícula \_\_\_\_\_ venho através deste  
solicitar minha rescisão contratual com o CISALP, do cargo de  
\_\_\_\_\_, com lotação  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**(DATA DA COMUNICAÇÃO DO PEDIDO DE RESCISÃO)**

**DECLARO QUE MEU ÚLTIMO DIA DE TRABALHO SERÁ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO COLABORADOR