

TERMO DE DESISTÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Pelo presente, eu dr. (a) _____, CPF: _____, aprovado(a) no processo seletivo público para Residência Médica em Clínica Médica da Universidade do Vale do Taquari - Univates, com início em 2019, formalizo minha desistência de ingressar no programa de residência médica da instituição.

Lajeado, _____ de fevereiro de 2018.

Assinatura do Candidato.