

TERMO DE DESISTÊNCIA

Ilm^o. Sr. Presidente da Comissão de Residência Médica do HUAP,

Eu, _____, carteira de identidade nº _____, expedida por _____, tendo sido aprovado (a) no Concurso Público 2018 de Seleção para Médicos Residentes no Programa de Residência Médica em _____, por motivos particulares, comunico a minha desistência da vaga alcançada no referido concurso.

_____ de _____ de _____.

Assinatura