



FBPN - Fundação Benedito Pereira Nunes
FMC - Faculdade de Medicina de Campos
Vestibular Faculdade de Medicina

TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, _____,
identidade número _____, CPF _____,
classificado no Concurso Vestibular para o Curso de Graduação em Medicina da
Faculdade de Medicina de Campos, do ano de _____, no _____
semestre, desisto da minha vaga por meio deste documento.

_____, ____/____/_____
Local Data

Assinatura do candidato

Telefones para contato:

Para desistir de sua vaga na Faculdade de Medicina de Campos, você deverá imprimir este **TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA**, preenchê-lo, assiná-lo, digitalizá-lo e encaminhá-lo para o endereço eletrônico **vestibular@fmc.br**, juntamente com a imagem digitalizada de seu documento de identificação (incluindo a parte onde constam a foto e a assinatura).