**Programa de Residência Médica**

**Termo de Desistência**

Pelo presente, eu Dr. (a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovado(a) no Processo Seletivo para Residência Médica 2025, do Hospital Mãe de Deus, formalizo minha desistência de ingressar no Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Porto Alegre,  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

De acordo com o edital do processo seletivo, o termo de desistência preenchido e assinado deve ser enviado para o seguinte e-mail. ensino@aesc.org.br