

# TERMO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

## RESIDÊNCIA MÉDICA DO HURNP/UEL

Eu \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_;  
Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_; inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina (HURNP/UEL) - Edital PROPPG/DGP/DAM nº 048/2019, classificado (a) em \_\_\_\_º lugar – no PRM - área \_\_\_\_\_, venho através deste Termo, solicitar o **CANCELAMENTO DE MINHA MATRÍCULA Nº \_\_\_\_\_**, por minha decisão voluntária e autorizo minha substituição por outro candidato.

Esclareço ter ciência de que esta decisão implica na minha exclusão do quadro de beneficiados deste Processo Seletivo e ainda, que em decorrência dessa decisão, não tenho direito a qualquer tipo de indenização, de qualquer ordem.

Motivo da desistência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do residente desistente)

**IMPRIMIR, PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL: [residenciahu@uel.br](mailto:residenciahu@uel.br)**