

TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

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, **DECLARAR A MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA**, 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 candidato desistente de vaga)

IMPRIMIR, PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL: residenciahu@uel.br