

<p style="text-align: center;"><b>TERMO DE DESISTÊNCIA DA VAGA EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HURNP/UDEL</b></p>
---

Eu \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_;  
Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_; inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, candidato(a) aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO PARA  
MÉDICO RESIDENTE do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade  
Estadual de Londrina (HURNP/UDEL) - Edital PROPPG/DGP/DAM nº 051 e 058/2018,  
classificado (a) no PRM em \_\_\_\_\_, 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 2019

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato desistente)

IMPRIMIR, PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL: <a href="mailto:residenciahu@uel.br">residenciahu@uel.br</a>
---