

## TERMO DE DESISTÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_, aprovado(a) no Processo Seletivo de Residência Médica da Comissão \_\_\_\_\_, Edital nº \_\_\_\_/2020, por motivos particulares, comunico ao Núcleo de Concursos da Universidade Federal do Paraná, não ter interesse na vaga de suplente e, portanto, a minha desistência de ingressar no Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Candidato)