

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA
(Edital Normativo nº1-RM/SES-DF 2024, de 30 de outubro de 2023)

Assunto: Cancelamento/Desistência de matrícula de residência.

Eu, _____, CPF _____,
candidato (a) aprovado (a) para o Programa de Residência Médica em
_____, conforme **Edital Normativo nº1-RM/SES-DF**
2024, de 30 de outubro de 2023, vinculado à COREME do Hospital
_____, solicito: (Assinale apenas uma opção).

- () Desistência do Processo seletivo da SES e da lista de espera (1ª Opção);
() Desistência de convocação para a matrícula (Chamada nº ____);
() Cancelamento de matrícula já efetivada na chamada nº ____ e desistência de cursar o Programa de Residência Médica, após ter me apresentado à COREME por motivo _____.

Ressalto que estou ciente de que minha matrícula está cancelada e que a vaga antes ocupada por mim, será disponibilizada para outro candidato, conforme ordem de classificação e não poderei reaver mais esta vaga.

Assinatura **por extenso**: _____

Data: ____/____/_____
Horário: ____:____ h.

OBSERVAÇÕES:

- Anexar cópia de RG, CNH ou Registro Profissional que possa comprovar a autenticidade da assinatura.
- Enviar no email residencias@escs.edu.br