



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



DECLARAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA DE RESIDÊNCIA
(Edital nº1-RM/SES-DF, de 5 de outubro de 2017)

Assunto: Cancelamento de matrícula de residência

Declaro para os devidos fins que eu, _____, CPF _____, candidato (a) aprovado (a) para o Programa de Residência Médica em _____, conforme Edital nº 1-RM/SES-DF, de 5 de outubro de 2017, vinculado à COREME do Hospital _____, desisto da vaga no dia _____, às _____ h, 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. Solicito que meu nome seja retirado do Sistema Informatizado da CNRM/MEC para que eu possa ser matriculado em outra instituição.

Assinatura **por extenso:** _____

Data: _____

Hora: _____



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



Local: _____