



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 DESISTÊNCIA DA PRIMEIRA OPÇÃO
(Edital nº1-RM/SES-DF, de 5 de outubro de 2017)

Assunto: Desistência de primeira opção

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 _____, desisto da vaga EM PRIMEIRA OPÇÃO no dia _____, às _____ h, por motivo _____.

Declaro que permanecerei matriculado (a) na COREME de minha SEGUNDA OPÇÃO, que é: _____.

Assinatura **por extenso**: _____

Data: _____

Hora: _____

Local: _____