

Programa de Residência Médica

Termo de Desistência

Pelo presente, eu Dr. (a) _____, CPF: _____, aprovado(a) no Processo Seletivo para Residência Médica 2026, do Hospital Mãe de Deus, formalizo minha desistência de ingressar no Programa de Residência Médica em _____.

Porto Alegre, ____/____/____.

Assinatura

De acordo com o edital do processo seletivo, o termo de desistência preenchido e assinado deve ser enviado para o seguinte e-mail: ensino@aesc.org.br