

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

TERMO DE DESISTÊNCIA

PELO PRESENTE, EU DR. (A) _____,

CPF: _____, APROVADO(A) NO CONCURSO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2017/2018

DA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, FORMALIZO MINHA DESISTÊNCIA DE INGRESSAR NO PROGRAMA DE

RESIDÊNCIA MÉDICA EM _____.

PORTO ALEGRE, ____/____/____.

ASSINATURA DO CANDIDATO