

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA
(EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM-1/SES-DF/2025, DE 23 DE OUTUBRO DE 2024.)

Eu, _____ ,
CPF _____, candidato (a) aprovado (a) para o Programa de Residência Médica em _____, conforme EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM1/SES-DF/2024, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2023, publicado no DODF, de 21 de outubro de 2024, vinculado à COREMU/SES, 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, após ter me apresentado à COREMU/SES, 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/digitalizar cópia de RG, CNH ou Registro Profissional que possa comprovar a autenticidade da assinatura.
- Encaminhar via email residencias@fepecs.edu.br