

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA
DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
(EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP-1/SES-DF/2024, DE 30 DE OUTUBRO DE 2024.)

Eu, _____,
CPF _____, candidato (a) aprovado (a) para o Programa de
Residência em Áreas Profissionais de Saúde – Uni e Multiprofissional em
_____, conforme EDITAL NORMATIVO Nº
1 – RP-1/SES-DF/2024, DE 30 DE OUTUBRO DE 2025, publicado no DODF, de 30 de OUTUBRO de 2025,
vinculado à COREMU/SES, solicito: (Assinale apenas uma opção).

- Desistência do Processo seletivo da SES e da lista de espera;
 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@escs.edu.br