

**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](mailto:residencias@escs.edu.br)