

À COREME DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES

TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, _____, CPF _____

tendo sido aprovado (a) no Concurso para Residência Médica do Hospital Ernesto Dornelles, para o período de **01 de março/2021 a 28 de fevereiro/202__**, formalizo minha desistência da vaga no **PRM** de _____, dessa Instituição.

Porto Alegre, ____/_____/2021.

Assinatura do Candidato