

TERMO DE DESISTÊNCIA OU CANCELAMENTO DE MATRÍCULA RESIDÊNCIA DO HURNP/UEL

Eu _____, Nacionalidade _____;
Estado Civil _____, RG nº _____; inscrito(a) no CPF nº
_____, candidato(a) aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO PARA
RESIDÊNCIA do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual
de Londrina (HURNP/UEL) - Edital COREMU Rnº ____/2024, classificado (a) em ____º lugar
– no Programa/área _____, venho através deste
Termo, **SOLICITAR O () CANCELAMENTO OU () DESISTÊNCIA DE MINHA
MATRÍCULA Nº _____**, por minha decisão voluntária e autorizo minha
substituição por outro candidato.

Esclareço ter ciência de que esta decisão implica na minha exclusão do quadro de beneficiados
deste Processo Seletivo e ainda, que em decorrência dessa decisão, não tenho direito a
qualquer tipo de indenização, de qualquer ordem.

Motivo da desistência/cancelamento: _____

_____, ____ de _____ de 2025

(Assinatura do candidato desistente)

IMPRIMIR, PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL: residenciahu@uel.br