**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Eu, NOME, portador(a) da Carteira de Identidade n° 000000000 e do CPF n° 000.000.000-00, candidato com vaga reservada no Programa de Residência Médica em Escolha um item. no cenário de prática em Escolha um item. do Processo Seletivo 2025 (VIA ENARE 2024) - Edital Nº 685/GR/UFFS/2024 da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Passo Fundo, formalizo minha DESISTÊNCIA DEFINITIVA da vaga nesta data.

Passo Fundo, dia de mês de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato (a)

(Com firma reconhecida em cartório ou pelo aplicativo GOV.BR)