**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Eu, NOME, portador(a) da Carteira de Identidade n° 000000000 e do CPF n° 000.000.000-00, candidato Escolher um item. no Programa de Residência Médica em Escolha um item. no cenário de prática em Escolha um item. do Processo Seletivo 2024 - Edital Nº 679/GR/UFFS/2023 da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Passo Fundo, formalizo minha DESISTÊNCIA DEFINITIVA da vaga nesta data.

Passo Fundo, dia de mês de 2024.

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

Assinatura do candidato (a)

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