

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS - FIP
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME**

TERMO DE DESISTÊNCIA VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA

Pelo presente, eu Dr. (a) _____,
CPF: _____, aprovado(a) no Processo Seletivo para Residência
Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Patos em
parceria com as Faculdades Integradas de Patos - FIP, formalizo minha desistência
de ingressar no Programa de Residência Médica.

Patos - PB, ____/____/____.

ASSINATURA DO CANDIDATO