
ANEXO SEI Nº 26594579/2025 - HMSJ.DMED.ASR

ANEXO III

MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA DA VAGA

Eu, _____, Nacionalidade _____, Estado Civil _____, RG nº _____; inscrito (a) no CPF nº _____, candidato (a) aprovado (a) no PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO RESIDENTE, classificado (a) no PRM em _____ do Hospital Municipal São José, venho por meio deste, **DECLARAR A MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA** do PRM para o qual fui aprovado(a).

Declaro estar ciente de que esta decisão resulta na minha exclusão do quadro de beneficiados deste processo seletivo e que, em razão dessa desistência, não terei direito a qualquer forma de indenização.

Assinatura do/a candidato/a