Ao Ilmo Senhor

**Prof. Dr. Fábio Veiga de Castro Sparapani**

Coordenador da Comissão de Residência Médica - COREME

Escola Paulista de Medicina - EPM

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Eu,      **,** portador do CPF     ,venho por meio desta oficializar minha desistência da vaga de treinamento como Médico Residente do Programa de Residência Médica em      **,** da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, obtida através de classificação no Processo Seletivo      .

São Paulo,    de      de     .

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE

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

Carimbo e Assinatura

Supervisor do Programa de Residência Médica