



TERMO DE DESISTÊNCIA DE CARGO Concurso Público CFM nº 001/2017

Eu, _____,
portador(a) do R.G. nº _____, e CPF:
_____, residente à _____
_____, na
cidade de _____, Estado _____, declaro para os devidos fins
que fui convocado pelo Conselho Federal de Medicina para tomar posse do cargo/ocupação
de _____, sob classificação
nº _____ da listagem de _____, no
Concurso Público CFM 1/2017 aberto pelo Edital nº. 001/2017, publicado na pág. 156 da seção
III do DOU, do dia 27 de dezembro de 2017, venho manifestar de livre e espontânea vontade
a DESISTÊNCIA de assumi-lo, renunciando a qualquer direito inerente ao concurso prestado.

Brasília (DF), _____ de _____ de _____.

Assinatura