

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – PSU/RESMED/CE-2017

RECURSO INSCRIÇÃO

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ESPECIALIDADE: _____ CPF _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

- () Ausência de pagamento () Especialidade e opção(ões) escolhida(s)
() Pedido de atendimento especial () Outros _____

Argumentação do participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso).

Fortaleza, CE ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

O formulário preenchido e assinado deverá ser enviado para e-mail: documentos@resmedceara.ufc.br, com os documentos comprobatórios em conformidade com o item 9.13.1, do Manual do Participante.