**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA**

**MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA-PR**

**ANEXO II – DO EDITAL Nº 001/2020**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

*PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*

Venho requerer minha inscrição para o processo seletivo para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava

Nestes termos, pede deferimento.

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guarapuava, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

Assinatura do Candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Os boletos para pagamento da taxa de inscrição, serão enviados via e-mail, juntamente com a confirmação da inscrição, a partir do dia 10 de janeiro de 2021.**