**Edital n. 014/2023**

**ANEXO I**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA 2023/2**

**Confirmação de Transferência Interna**

Eu, Digite seu nome aqui. acadêmico (a) do curso de Medicina da UniRV - Campus Seu Campus. DECLARO ter lido e estar de acordo com as normas do Edital n. 014/2023, do Processo Seletivo de Transferência Interna de Medicina 2023/2 e confirmo o INTERESSE na Transferência para Selecione o Campus e período. em 2023-2 do curso de Medicina - sem possibilidade de cancelamento da mesma no SEGUNDO semestre de 2023 e/ou semestres posteriores.

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

Assinatura do(a) Acadêmico(a)