**Edital n. 028/2023**

**ANEXO I**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA 2024/1**

**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. 028/2023, do Processo Seletivo de Transferência Interna de Medicina 2024/1 e confirmo o INTERESSE na Transferência para Selecione o Campus e período. em 2024-1 do curso de Medicina - sem possibilidade de cancelamento da mesma no PRIMEIRO semestre de 2024 e/ou semestres posteriores.

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

Assinatura do(a) Acadêmico(a)