**ANEXO III**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA 2025/2**

**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. 13/2025, do Processo Seletivo de Transferência Interna de Medicina 2025/2 e confirmo o INTERESSE na Transferência para Selecione o Campus e período. em 2025-2 do curso de Medicina - sem possibilidade de cancelamento da mesma no PRIMEIRO semestre de 2025 e/ou semestres posteriores.

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

Assinatura do(a) Acadêmico(a)