**ANEXO I**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA 2021/2**

**SEGUNDA ETAPA**

**Edital n. 11/2021**

**Confirmação de Transferência Interna**

Eu, Digite seu nome aqui. acadêmico (a) do curso de Medicina da UniRV-Câmpus,Digite seu nome aqui.. DECLARO ter lido e estar de acordo com as normas do Edital n. 10/2021, do Processo Seletivo de Transferência Interna de Medicina 2021/2, e confirmo o INTERESSE na Transferência para o Digite seu nome aqui. período do curso de Medicina-Câmpus Digite seu nome aqui. sem possibilidade de cancelamento da mesma no SEGUNDO semestre de 2021.

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

Assinatura do(a) Acadêmico(a)