**EDITAL 027/2023**

# ANEXO I- REQUERIMENTO DE PERMUTA

**PROCESSO DE PERMUTA - MEDICINA 2024/1**

**CONFIRMAÇÃO DE PERMUTA**

Eu,Clique aqui para digitar seu nome.,acadêmico(a) do curso de Medicina – Campus Escolha seu campus atual., declaro ter lido e estar de acordo com as normas do Edital n. 027/2023 do Processo de Permuta, confirmo o INTERESSE na Permuta para o Escolha o período de interesse.período em 2024/1 do curso de Medicina – Campus Escolha o Campus de interesse., com o(a) acadêmico(a) Clique aqui para digitar o nome do acadêmico do campus de interesse., do curso de Medicina – Campus Escolha o Campus de origem do outro acadêmico.sem a possibilidade de cancelamento nos semestres posteriores e estou ciente que estou sujeito(a) às adaptações curriculares necessárias.

Estou ciente que a permuta será cancelada se um e/ou os dois canditatos permutantes tiver(em) reprovação, estar inadimplente financeiramente ou não atenderem aos requisitos do Edital n. 027/2023.

Declaro, ainda, estar ciente e de acordo com as disposições previstas no Edital n. 027/2023.

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

Assinatura do acadêmico(a)