

# ANEXO I- REQUERIMENTO DE PERMUTA

**PROCESSO DE PERMUTA - MEDICINA 2021/2**

**CONFIRMAÇÃO DE PERMUTA**

Eu,Clique aqui para digitar seu nome.,acadêmico(a) do curso de Medicina – Campus Clique aqui para digitar o campus de origem., declaro ter lido e estar de acordo com as normas do Edital n. 13/2021 do Processo de Permuta - Curso de Medicina 2021/2, confirmo o INTERESSE na Permuta para o Clique aqui para digitar período desejado.período do curso de Medicina – Campus Clique aqui para digitar o campus de interesse., com o(a) acadêmico(a) Clique aqui para digitar o nome do acadêmico do campus de interesse., sem possibilidade de cancelamento da mesma no segundo de 2021, e estar ciente que estou sujeito(a) às adaptações curriculares necessárias.

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

Assinatura do acadêmico(a)