

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB EM OUTRO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA

(Declaração deve ser enviada somente por candidato participante do Programa)

Eu, _____
portador(a) da Cédula de Identidade nº _____
inscrito no CPF nº _____

, declaro não ter utilizado a pontuação adicional referente ao certificado do PROVAB em outro Programa de Residência Médica, nos termos do parágrafo 2º do artigo 9º da Resolução nº 02/2015, declarando sob as penas da Lei, que essa declaração é verdadeira e idônea.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do candidato