

## TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

### Identificação do(a) Candidato(a) Requerente

#### Nome Completo

LUIZA TODERO DUARTE

#### Número do RG

8.280.860-4

#### Número do CPF

039.482.369-92

#### Endereço Residencial

Rua Saul Alves da Silva, nº 1501

#### Bairro

Parque Residencial Montreal

#### Município/UF

Umuarama/Pr

#### Telefone(s)

(44) 98823-8466

### REQUERER

A **desistência** de nomeação no cargo **temporário** – P S S de, Assistente Administrativo, para o qual fui classificado/habilitado em, 6º lugar, realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISA/AMERIOS 12º R.S., e Homologado através do Edital nº 004/2023 de 27/03/2023, e sendo convocada conforme o Edital de Convocação nº 002/ 2024 de 31 de janeiro de 2024, DECLARO que de livre e espontânea vontade, estou desistindo da mesma por motivos pessoais.

#### Local

Umuarama/Pr

#### Data

02/02/2024

#### Assinatura do Requerente

*Luiza T. Duarte*