

Termo de responsabilidade

Eu, _____
portador(a) do BI/CC nº, _____ estudante de Medicina a
frequentar a instituição _____, declaro que aceito a vaga
efetiva de Intercâmbio Clínico que me foi atribuída para o país
_____, comprometendo-me a efetuar o pagamento
de 220,00€ e da caução de 50,00€, assim como entregar os
documentos específicos para o respetivo país de acordo com as
datas definidas no Regulamento do Programa de Intercâmbios
Clínicos da *season* 2019/2020. Mais ainda:

- Declaro que tomei conhecimento do Regulamento do Programa de Intercâmbios Clínicos da *season* 2019/2020 e comprometo-me a cumpri-lo;
- Declaro que tomei conhecimento que a escolha e a inscrição são apenas para o país em questão e que poderei não ficar colocado(a) na cidade e departamento que pretendo nas minhas opções;
- Declaro que tomei conhecimento de que a desistência da vaga, a partir deste preciso momento, implicará pelo menos a perda do valor da caução.

___ de fevereiro de 2019,

O(a) estudante,

O(a) *Local Exchange Officer*,

