|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL-MGPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas MG. CEP 37130-000 Fone: 3701-9267 |  |

**TERMO DE DESISTÊNCIA E CANCELAMENTO DE BOLSA**

MATRICULA NUMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORIENTADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ilmos. Srs.

Prof. Dr. André Luiz Sena Mariano (Presidente da Comissão de bolsas, e Coordenador Local do Programa de Pós-graduação em Educação. UNIFAL-MG)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, venho comunicar a V.Sa, que por meio deste termo formalizo a desistência da Bolsa na modalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que me foi concedida mediante as diretrizes determinadas pelas Normas para Concessão de Bolsas deste Programa. Declaro ainda que estou ciente de que ao assinar este termo de desistência serei reclassificada(o) na última posição da classificação geral para concessão de bolsas e auxílios no programa.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do discente

De conhecimento do Orientador(a)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

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