|  |  |
| --- | --- |
| Nome do (a) aluno (a): |  |
| Nome do (a) professor (a) orientador (a): |  |
| *E-mail* para contato: |  |
| Data da solicitação de desligamento do curso: |  |
| Mês/Ano de entrada no curso: |  |

|  |
| --- |
| **Motivo do requerimento:** |
|  |

( ) Tenho ciência de que esta solicitação de desligamento corresponde a minha desvinculação **definitiva** do Programa de Pós-Graduação no qual estou matriculado(a) e que só poderei ser aluno(a) novamente se me inscrever e for aprovado(a) em outro processo de seleção.

( ) Se bolsista: Declaro estar ciente de que a bolsa será imediatamente cancelada e de que o desligamento poderá incorrer em devolução das parcelas recebidas nos meses anteriores ao desligamento.

Catalão, xx/xx/xxxx

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

Ass. do (a) Discente