|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ****PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**Avenida Frei Serafim, 2280 - Teresina, Piauí, CEP 64000-020Telefone: 86-3215-4647 – E-mail: ppgsc@ufpi.edu.br | C:\Users\Coord_02\Desktop\Atividades Bolsistas PPGSC\unnamed.jpg |  |
|  |  |  |  |

**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Ilmo(a). Sr(a). Coordenador(a)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) aprovado e classificado na seleção do Programa de Pós-Graduação em Saúde em Comunidade (PPGSC)/UFPI, turma \_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho comunicar a desistência da vaga. Saliento que minha decisão é baseada nos seguintes motivos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Teresina, \_\_\_ de\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_.

Atenciosamente,

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