|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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 64000-020  Telefone: 86-3215-4647 – E-mail: ppgsc[@ufpi.edu.br](mailto:mestradosaude@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,

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