



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

**Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa**



TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Graduação em _____ da UECE, sob número de matrícula _____ e CPF: _____, participante do Programa _____, sob orientação do(a) Prof.(a) _____, trago ao conhecimento desta Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa minha desistência da bolsa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Bolsista

Prof^a. Dr^a. Célia Maria de Souza Sampaio
Diretora de Pesquisa da PROPGPq/UECE