



## TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Graduação em \_\_\_\_\_ da Universidade Estadual do Ceará – UECE, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, 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<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Célia Maria de Souza Sampaio  
Diretora de Pesquisa da PROPGPq/UECE