**Solicitação Desligamento do Programa - Discente**

| **DADOS PESSOAIS** |
| --- |
| **Nome Completo:** |
| **RG:** | **CPF:** |
| **Endereço:**  | **Bairro:** |
| **CEP:** | **Cidade:** | **Estado:** |
| **Telefone:**  | **E-mail:** |
| **DADOS ACADÊMICOS:** |
| **Grau:** | **Ano de Ingresso:** |
| **Linha de Pesquisa:**. | **Bolsista**  |
| **Início de recebimento:**  | **Fim de recebimento:**  |
| **Orientador:** |

|   Eu, **NOME e CPF** estudante regularmente matriculado/a/e neste Programa de Pós-Graduação e sob orientação do/a/e prof/a/e. dr/a/e. **NOME DO/A/E ORIENTADOR/A/E** solicito meu desligamento do **CURSO** pelos seguintes motivos: **Justificativa do aluno para o desligamento****Justificativa do orientador para o desligamento****São Carlos, dia de mês de Ano** |
| --- |

| **Assinatura Estudante (Obrigatório pelo .GOV)** |
| --- |
| **Assinatura Orientador (Obrigatório pelo .GOV)** |