|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** | |
| **NOME:** | |
| **SIAPE Nº:** | |
| **CARGO:** | **LOTAÇÃO:** |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| Venho por meio deste Termo formalizar minha desistência no evento de aprendizagem      , constante no Plano Anual de Capacitação e Desenvolvimento dos servidores da Universidade federal do Amazonas, a partir de      /     /     , por motivo de      .  Por ser expressão de verdade, dato e assino o presente Termo de Desistência.       ,      /     /      Local e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Servidor (a) | |
| **Ciência da Chefia Imediata**  Data:     /     /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo da Chefia Imediata | |
| **Ciência do Coordenador da CTD/DDP/PROGESP**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_.  Coordenador (a) da CTD Local e data | |

**TERMO DE DESISTÊNCIA**