 Poder Executivo

Ministério da Educação

**Universidade Federal do Amazonas**

**Pró-Reitoria de Ensino de Graduação**

TERMO DE DESISTÊNCIA INICIAL DE CURSO

Eu,...................................................................................................................................................................., portador(a) da Carteira de Identidade nº..................................................., CPF nº........................................, ingresso(a) através do: a) PSC ( ) b) SISU ( ) no Curso.................................................................................., sob a matrícula nº....................................., solicito **DESISTÊNCIA DO CURSO** acima referido, ciente de que a presente desistência é de livre e espontânea vontade, tornando-se definitiva e **irreversível**.

E-mail:.....................................................................................Tel/Cel:.................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO DA DESISTÊNCIA**  **Marque com um X a opção que mais de adequa a sua realidade.** | |
| **1. Opção por outra IES Pública:**  ( ) Estadual – Nome da IES .......................................................  ( ) Federal – Nome da IES .........................................................  Em qual curso? .........................................................................  **2. Opção por IES Particular:**  **- Qual?** .........................................................................  **Contemplado com bolsa:**  ( ) PROUNI  ( ) FIES  ( ) Bolsa Universidade  ( ) Não bolsista  Informe o Curso:........................................................... | **3.** ( )Incompatibilidade com o curso.  **4.** ( )Viagem ou Mudança de domicílio.  **5.** ()Conflito de horário com outra  atividade:.........................................  **6.** ( ) **Outros motivos:** |

À Coordenação de Matrícula – CM.

Data: ......../......../202......

..........................................................................................................................

**Assinatura do solicitante ou do Responsável Legal**

**Enviar para: protocoloproeg@ufam.edu.br**

Prazo para efetivação da solicitação: Até 5 (cinco) dias úteis.