



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROPII - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO
EM SAÚDE - PPGES
TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG _____ e do CPF _____, aluno(a) regular do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, solicito o meu desligamento, pelo motivo abaixo justificado, e declaro também estar ciente de que esta desistência é de caráter irrevogável, não havendo possibilidade de posterior reabertura.

Justificativa (preenchimento obrigatório):

*** Anexar o documento de Nada Consta da biblioteca universitária UEMS (obrigatório).**

Parecer do(a) orientador(a) (preenchimento obrigatório):

Assinatura do(a) orientador(a)

Parecer do(a) coorientador(a) - (se houver) - (preenchimento obrigatório):

Assinatura do(a) coorientador(a)

_____ - _____, _____ de _____ de 20____
[cidade – UF] [dia] [mês] [ano]

Assinatura do(a) aluno(a)