



**Programa
de Pós-Graduação
em Saúde Pública**

Universidade Federal do Ceará

TERMO DE DESISTÊNCIA DE BOLSA

Eu, _____(Nome do discente), Matrícula
_____, aluno (a) do curso de _____ deste programa, venho desistir
da bolsa _____ (CAPES/FUNCAP/CNPQ), a partir do mês de
_____, pelo motivo de _____

Por estar ciente que será suspenso o pagamento da bolsa a partir do mês supra
citado, assino o presente.

Fortaleza, de _____ de 20XX.

Assinatura do bolsista