À

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

**Universidade Federal da Paraíba**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer, em conformidade com o Art. 43 da Resolução 09/2018, o cancelamento de matrícula, correspondendo ao desligamento imediato do Programa.

Neste Termos, Pede Deferimento.

João Pessoa, \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/Assinatura