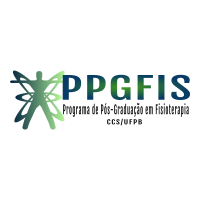
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Centro de Ciências da Saúde - CCS

Programa de Pós-graduação em Fisioterapia – PPGFIS

<http://ufpb.br/pos/ppgfis>

**FICHA DE REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO**

A(o) Sr.(a) Coordenador(a) do

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA - PPGFIS/UFPB

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, orientado(a) pelo(a) Prof(a). Dr(a). **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, solicito pelo presente instrumento, o **CANCELAMENTO** do vínculo supracitado, de acordo com o Art. 173, inciso IX, da Resolução nº 029/2020/CONSEPE, e a consequente desvinculação deste Programa de Pós-Graduação.

João Pessoa, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

|  |
| --- |
| Assinatura do Discente |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifesto ciência do presente requerimento. Sem mais.

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

Assinatura do orientador