  

**TERMO DE DESISTÊNCIA DA BOLSA DE APOIO AOS ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA**

Eu, ,

Matrícula n.º \_ \_ Centro/Campus \_.

Curso ,

solicito a saída do Programa de Assistência Estudantil - Bolsa de Apoio aos Estudantes com Deficiência pelos motivos a seguir:

 \_ \_ \_ \_ \_

 \_ \_ \_ \_ \_

 \_ \_ \_ \_ \_

 \_ \_ \_ \_ \_

 \_ \_ \_ \_

Além disso, estou ciente e de acordo que a desistência do referido Program a implicará o cancelamento do benefício, conforme **Edital n.º 02/2024-PROEXAE/UEMA**.

 , de de 2024.

(Local e data)

# Assinatura do(a) bolsista

**Assinatura do(a) Diretor(a) do Centro**