  

# TERMO DE DESISTÊNCIA DO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Eu, ,

Matrícula n.º Centro/Campus .

Curso , solicito a saída do Programa de Assistência Estudantil - Auxílio Alimentação pelos motivos a seguir:

 \_ \_ \_ \_ \_

Além disso, estou ciente e de acordo que a desistência do referido Programa implicará o cancelamento do benefício, conforme **Edital n.º 04/2024-PROEXAE/UEMA**.

 \_ \_, de de 2024.

(Local e data)

 \_ \_ \_ \_

**Assinatura do(a) bolsista**

 \_ \_ \_ \_

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