



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Escola Superior de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina
Secretaria do Curso de Medicina
Reconhecimento do Curso pela Portaria SEEDF nº 417, de 20/12/2018
(publicado no DODF nº 243, de 24/12/2018)

REQUERIMENTO DE DESISTÊNCIA/DESLIGAMENTO

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, domiciliado na
_____,
na cidade de _____, venho através deste, informar que
a partir de ____/____/_____, assumo o termo de **desistência/desligamento**, não
freqüentando mais o Curso de Graduação em **Medicina**, da Escola Superior de Ciências
da Saúde – ESCS.

Biblioteca	
☐	NADA CONSTA
____/____/____	
Biblioteca Central-BCE/FEPECS	
Assinatura e matrícula	

Brasília – DF, de de

Assinatura do(a) Estudante