



## GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

### Escola Superior de Ciências da Saúde

Reconhecimento do Curso pela Portaria SEEDF nº 417, de 20/12/2018 (publicado no DODF nº 243, de 24/12/2018)

## TERMO DE DESISTÊNCIA/DESLIGAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_  
portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_ matrícula nº \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
estudante da \_\_\_\_\_ Série, domiciliado (a) à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, venho através  
deste, informar que a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ assumo o termo de desistência, não  
frequentando mais o Curso de Graduação em \_\_\_\_\_,  
da ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde, tendo em vista que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente