



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS**  
**Coordenadoria de Assistência Estudantil**  
**Serviço Social**

**ANEXO VI**

**TERMO DE DESLIGAMENTO DE BENEFÍCIO ESTUDANTIL**

Eu \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_,  
natural de \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_,  
residindo à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro  
\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, aluno(a) do  
Curso de \_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_, **DESLIGO-ME**  
do benefício \_\_\_\_\_, pelas seguintes razões:

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Declarante