



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

ANEXO VI - TERMO DE DESLIGAMENTO DE BENEFÍCIO ESTUDANTIL

Eu _____ Telefone: _____,
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