



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

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