|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DO CURSO** |

|  |
| --- |
| Dados Pessoais |
| Nome: |
| Matrícula: |
| Linha de Pesquisa: |
| Orientador: |
| Ano de Ingresso: |
| Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado |

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (Plandites)

Professor(a) Dr (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C/C

**Ao Conselho Administrativo do Plandites**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regular Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (Plandites)**,** do *Campus* Avançado de Pau dos Ferros (Capf) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (Uern), sob matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho, respeitosamente, requerer a Vossa Senhoria e a este Conselho Administrativo, por livre e espontânea vontade, o cancelamento total de minha matrícula neste Mestrado a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, por motivos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ***DESLIGANDO-ME***, assim, totalmente das minhas atividades como discente regular deste Programa de Pós-Graduação, passando assim a não ter mais nenhum vínculo com este Programa.

Pau dos Ferros/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requerente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Homologação pelo Plandites | | |  |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| Anuência do(a) Orientador(a) |  | Coordenação do Plandites | |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |
| Data |  | Data | |

Documentos sem assinaturas (Orientador e Orientando) não serão aceitos (Assinatura válida a punho ou .gov, assinaturas escaneadas/digitalizadas não serão aceitas)