



INSTITUTO FEDERAL

Goiás

Câmpus Valparaíso

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE GOIÁS
COORDENAÇÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS E ESCOLARES – CÂMPUS VALPARAÍSO

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu _____
estudante do curso, _____ matrícula _____,
turma _____, ano/semestre _____, telefone _____,
solicito desistência do curso. Motivo: _____

_____.

OBS: O (a) estudante que requerer desistência, se menor de 18 anos deverá ser representado(a) pelo(a) seu responsável legal.

Valparaíso de Goiás, ___/___/___.

Assinatura do(a) requerente/Responsável Legal