



Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêutica

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa



DESLIGAMENTO DO CURSO

1. IDENTIFICAÇÃO

Pós-graduando(a):

RA Nº:

Orientador(a):

2. REQUERIMENTO

Venho através deste, solicitar meu desligamento do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Farmácia.

3. JUSTIFICATIVA CIRCUNSTANCIADA:

Nestes termos, peço deferimento.

Guarapuava, ___ de _____ de 20__.

Assinatura

Ciência e manifestação do(a) orientador(a):

Data e assinatura