



**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