

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DA DISCIPLINA

Preencher com letra de imprensa

CURSO		PROGRAMA
☐ Mestrado	☐ Doutorado	Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Eu, _____ Turma _____,
venho por meio deste solicitar o **CANCELAMENTO DA DISCIPLINA(S) (nome/período da disciplina)**

Local/Data: _____

Assinatura do aluno: _____

Assinatura do orientador: _____

Para uso exclusivo da SECA

Cadastro no SIGASS (Data/responsável): _____ Recebido por: _____