**SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE VAGA/MATRÍCULA OU REMATRÍCULA**

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** | **CONTATO (RAMAL/TELEFONE)** |
| **MATRÍCULA / RA** | **EMAIL** |

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** | **DATA DE NASCIMENTO**   /  / |
| **RA** |  |

**VAGA**

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDADE EDUCACIONAL**  CECI INTEGRAL  CECI PARCIAL  CECI FOP  PRODECAD | **HORÁRIO** |

**ASSINALAR O MOMENTO DA DESISTÊNCIA**

|  |
| --- |
| CRIANÇA MATRICULADA EM PERÍODO DE ADAPTAÇÃO  CRIANÇA MATRICULADA FORA DO PERÍODO DE ADAPTAÇÃO  ( ) OUTROS  DESCREVER:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**MOTIVO(S) DA DESISTÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| LOGÍSTICA  ROMPIMENTO DE VÍNCULO INSTITUCIONAL  SAÚDE DA CRIANÇA | INSATISFAÇÃO COM A ROTINA INSTITUCIONAL  OPÇÃO POR BENEFÍCIO FINANCEIRO  NÃO DESEJO DECLARAR  OUTRO MOTIVO |

Atesto concordância sobre a solicitação de desistência da vaga referente à matrícula/ rematrícula de meu dependente na DEdIC, e estou ciente de que, no caso de posterior interesse de nova solicitação, me submeterei a outro processo de seleção socioeconômica.

Campinas,   /  /    .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Responsável (Requerente) [assinatura] |  |