|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg*  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF)**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290** |  |

**PROCESSO SELETIVO DE CADASTRO DE RESERVA PARA DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS INSTITUCIONAIS – PCF/UNIOESTE - EDITAL nº 02/2023**

**ANEXO 01**

**DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE BOLSA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE, declaro minha desistência da bolsa de Mestrado a ser concedida por este Programa. Declaro que abdico definitivamente do direito de usufruir de qualquer bolsa de Mestrado a mim oferecida até o momento de minha defesa de dissertação e passo o direito de recebê-la ao próximo candidato interessado de acordo com a lista final do Processo para classificação de bolsas de acordo com Edital nº 02/2023 ou posterior.

Cascavel, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Assinatura)