

Programa de Demanda Social
Comunicado de
Cancelamento de bolsa



CAPES

Coordenação de
Aperfeiçoamento de
Pessoal de
Nível Superior

Instituição de Ensino Superior: **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
Código: **33002010**

Programa: **Radiologia**
Código: **33002010133PO**

Nome: _____

CPF nº _____

Se estrangeiro: Passaporte nº _____

Bolsa cancelada em: (mês/ano do último pagamento) _____

Motivo do cancelamento da bolsa (informe apenas um)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Titulação | <input type="checkbox"/> Desistência da bolsa | <input type="checkbox"/> Mudança de programa CAPES |
| <input type="checkbox"/> Critério do curso | <input type="checkbox"/> Acúmulo de bolsas | <input type="checkbox"/> Trancamento de matrícula |
| <input type="checkbox"/> Prazo de bolsa esgotado | <input type="checkbox"/> Mudança de agência | <input type="checkbox"/> Insuficiência de aproveitamento |
| <input type="checkbox"/> Desligado do curso
por limite de prazo | <input type="checkbox"/> Desistência do curso | <input type="checkbox"/> Falecimento |
| | | <input type="checkbox"/> Não atende às normas do programa |

Se não atende às normas do programa, esclarecer a norma infringida:

Outros motivos (especificar):

Assinatura do Presidente da Comissão de Bolsas _____ Data _____