**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] |  |