|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg**  **Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Farmacêuticas**  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF**  **Campus de Cascavel - Rua Universitária, 2069.**  **CEP 85.819-110 – Cascavel/PR – Fone:+55 (45) 3220-7290** |  |

**PROCESSO SELETIVO DE CADASTRO DE RESERVA PARA DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS INSTITUCIONAIS – PCF/UNIOESTE - EDITAL nº 06/2018**

**ANEXO 3**

**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 Seletivo para classificação de bolsas de acordo com Edital nº 06/2018.

Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Nome do Aluno