

MODELO 25

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, discente do Curso de  
\_\_\_\_\_, do *Campus* \_\_\_\_\_, da Universidade Federal do  
Pampa (UNIPAMPA), solicito o cancelamento do(s) benefício(s) do \_\_\_\_\_,  
pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_

Informações complementares:

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Discente