|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOSPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA |  |

 Rio de Janeiro, Data do preenchimento do documento

De:Nome completo do(a) aluno(a)

Para: Coordenadora da Pós-graduação em Educação Física (PPGEF/ EEFD/ UFRJ).

Prezada Senhora,

Eu, Nome completo do(a) aluno(a), venho por meio desta, solicitar o cancelamento de minha matrícula no Curso de Mestrado/ Doutorado em Educação Física do Programa de Pós-graduação em Educação Física (PPGEF) da UFRJ, pelos motivos abaixo descritos:

Justificativa

Atenciosamente,

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

 Assinatura do(a) aluno(a)