**TERMO DE DESLIGAMENTO**

**COORDENADOR(A) DE CURSO**

Eu,.................................................................................................................................................

............................................................................................................................, Coordenador(a) do curso de ....................................................................................................... (.....Licenciatura), apresento à Coordenação Institucional do Programa Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (PARFOR) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), para as finalidades, o presente TERMO DE DESLIGAMENTO do Programa, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(Local e data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) Coordenador(a) de Curso

Recebido em (local e data): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) Funcionário(a) do PARFOR