

ANEXO 3:



**COMANDO DA AERONÁUTICA
ODONTOCLÍNICA DE AERONÁUTICA SANTOS-DUMONT
CURSO DE AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL**

TERMO DE DESISTÊNCIA DEFINITIVA DE CURSO

Pelo presente termo, eu _____, CPF nº _____, RG nº _____, nº de telefone (____) _____-_____, estudante matriculado no curso de Auxiliar de Saúde Bucal da Odontoclínica de Aeronáutica Santos-Dumont (OASD), turma _____, solicito desistência no referido curso e declaro ter ciência de que este ato é irrevogável, que não há possibilidade de reingresso, bem como não tenho direito a nenhum tipo de ressarcimento e/ou declaração (conforme item 2.11 do edital).

Sem mais nada a declarar.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 202 ____.

(NOME DO ALUNO)

CPF.: