

Programa de Demanda Social
**Comunicado de
Cancelamento de bolsa**



CAPES
Coordenação de
Aperfeiçoamento de
Pessoal de
Nível Superior

Instituição de Ensino Superior: _____

Código: _____

Programa: _____

Código: _____

Nome: _____

CPF nº _____

Se estrangeiro: Passaporte nº _____

Bolsa cancelada em: (mês/ano do último pagamento) _____

Motivo do cancelamento da bolsa (informe apenas um)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Titulação | <input type="checkbox"/> Duplicidade de bolsa | <input type="checkbox"/> Motivo de Saúde (sem prorrogação de vigência) |
| <input type="checkbox"/> Abandono | <input type="checkbox"/> Mudança de nível | <input type="checkbox"/> Mudança de agência de fomento |
| <input type="checkbox"/> Desligamento | <input type="checkbox"/> Fim do prazo de vigência | <input type="checkbox"/> Irregularidade no recebimento da bolsa |
| <input type="checkbox"/> Falecimento | <input type="checkbox"/> Mudança de programa Capes | <input type="checkbox"/> Desempenho acadêmico insatisfatório |
| | | <input type="checkbox"/> Não atende às normas do programa |

Se não atende às normas do programa, esclarecer a norma infringida:

Outros motivos (especificar):

Assinatura do Presidente da Comissão de Bolsas _____ Data mm/aaaa _____