



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

TERMO DE DESISTÊNCIA DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, requerente no processo de Revalidação de Diploma nº _____, declaro minha DESISTÊNCIA VOLUNTÁRIA de prosseguir com o referido processo no âmbito da Universidade Federal Fluminense, bem como declaro ter ciência de que minha desistência não acarretará na restituição de taxa paga para a prestação do serviço.

(Local e data)

(Assinatura)