



**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)