



**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)