Apêndice III ao anexo A, do Edital de Credenciamento nº 01/2024, do Com5°DN.

MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 5° DISTRITO NAVAL
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

PROGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA

TERMO DE DESLIGAMENTO/SUSPENSÃO

1. Eu, _____,
responsável por _____, solicito o desligamento/suspensão do meu dependente do Programa de Atendimento Especial - Pessoa com Deficiência do respectivo credenciado que vinha frequentando, a partir da presente data, em face das razões expostas a seguir:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Declaro estar ciente que o reingresso implicará em posicionamento no final da fila de espera; disponibilidade de recursos e nova avaliação socioeconômica.

_____,_____, ____ de _____ de _____.
Local UF

_____
(Assinatura do Responsável)