#### brasao_hpGOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

####  SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 5 – DER LT5**

Rua: Celso de Azevedo Marques, 502 - Mooca – Tel. 2602-1240

 E-mail: delt5@educacao.sp.gov.br

**Data:**

**Para: CGEB/DGREM/Centro de Matrícula**

**Assunto: Cancelamento de Compatibilização/Inscrição**

**Escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE:**

**( ) COMPATIBILIZAÇÃO – DESLOCAMENTO**

**( ) INSCRIÇÃO POR DESLOCAMENTO**

**( ) COMPATIBILIZAÇÃO – TRANSFERÊNCIA**

**( ) INSCRIÇÃO TRANSFERÊNCIA**

**( ) INTENÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado na \_\_\_\_\_ série/ano do Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro estar desistindo da inscrição que efetuei por:

**( ) PREFERIR MANTER O ALUNO EM QUESTÃO NA ESCOLA DE ORIGEM.**

**( ) PREFERIR AGUARDAR NOVA COMPATIBILIZAÇÃO.**

Estou ciente de que, em hipótese alguma, será cancelada a matrícula do aluno no ano letivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sem mais para o momento.

São Paulo,....../...../............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ass. responsável