**TERMO DE DESLIGAMENTO**

Declaro que, na presente data, solicitei meu desligamento do quadro social da associação dos surdos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome da sua entidade),* pôr motivo de:

* ( ) Mudança de domicílio
* ( ) Transferência para outra associação
* ( ) Motivo particular (cancelamento)

Declaro ainda que quitei todas as minhas dívidas com a citada entidade.

E estou ciente que me responsabilizarei por todo e qualquer ato ilegal que cometer em nome da associação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome da sua entidade),* após a presente data.

|  |
| --- |
| Nome  |
| Nº de Matricula | CPF:  | RG:  |
| Endereço:  |
| Cidade/UF:  | CEP:  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |

Testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Presidente da Entidade