Porto Alegre, 30 de setembro de 2022.

Ref.: Cancelamento de Concessão de Bolsa

 Na condição de Coordenador Responsável pela pesquisa Nome do estudo , que a partir do dia XX/XX/XXXX , seja cancelada a concessão da minha bolsa Tipo de bolsa/modalidade . Esta bolsa foi concedida através da formalização do “Termo de Compromisso de Participação em Projetos de Ensino, Pesquisa ou Extensão Mediante Concessão de Bolsa” e firmada desde XX/XX/XXXX , com a Fundação Médica do Rio Grande do Sul.

 A partir do envio deste documento à Fundação Médica do Rio Grande do Sul está autorizada a realizar o registro e as providências administrativas para o devido cancelamento.

Atenciosamente,

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

Nome do (a) Coordenador (a)