**SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO A ESTUDANTE PARA EVENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS**

Ao (a) Coordenador(a) do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data da solicitação: | Evento: | |
| Cidade do evento: | Período do evento: | |
| Justificativa para o auxílio: | | |
| Aluno: | | |
| Matrícula: | | |
| Email: | | Telefone: |
| Endereço: | | Bairro: |
| CPF: | | RG.: |
| Banco: | | Nº do Banco: |
| Agência: | | Conta: |
| Quantidade de diárias: | | Valor Total das diárias: |

Declaro estar ciente de que a utilização indevida do recurso relativo ao auxílio financeiro, bem como a falta de comprovação da efetiva participação no evento implicarão na devolução dos valores recebidos.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Aluno

Parecer do Colegiado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data:

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

Assinatura do Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde