**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