

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO

(Exclusivamente para alunos – compreende participação em eventos: INSCRIÇÃO, DIÁRIAS E PASSAGENS (aéreas ou rodoviárias))

Dados do Solicitante

Nome			
CPF		Data de Nascimento	
E-mail		Telefone	
Motivo da Solicitação			

Dados bancários

Banco		Agência		Conta	
-------	----------------------	---------	----------------------	-------	----------------------

Dados para passagens- Preenchimento pelo aluno

Cidade de Origem			
Dia da Ida		Horário da Ida	
Cidade do Evento			
Dia da Volta		Horário da Volta	

Transporte a ser utilizado:

- ☐ Aéreo
☐ Rodoviário

Data da Solicitação

Assinatura do Solicitante (aluno)

Assinatura do Coordenador do Curso de Pós-Graduação