

Serviço Público Federal

Universidade Federal Fluminense

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO AO ESTUDANTE

**(MESTRADO E DOUTORADO)**

**DADOS DO ALUNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| NOMEClique aqui para digitar texto. |
| CPFClique aqui para digitar texto. | MATRÍCULAClique aqui para digitar texto. |
| E-MAILClique aqui para digitar texto. | TELEFONEClique aqui para digitar texto. |
| ORIENTADOR(ES)Clique aqui para digitar texto. |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (CURSO SEM SIGLA)Clique aqui para digitar texto. |

Dados Bancários

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BANCOClique aqui para digitar texto. | AGÊNCIAClique aqui para digitar texto. | CONTA CORRENTE (NÃO É PERMITIDO POUPANÇA/CONJUNTA/TERCEIROS)Clique aqui para digitar texto. |

 |

|  |
| --- |
| NOME DO EVENTOClique aqui para digitar texto. |
| LOCAL (CIDADE/ESTADO)Clique aqui para digitar texto. |
| PERÍODO |
| INÍCIO DO EVENTOClique aqui para inserir uma data. | TÉRMINO DO EVENTOClique aqui para inserir uma data. |

|  |
| --- |
| **PLANO DE APLICAÇÃO**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Taxa de Inscrição | R$Valor | **APRESENTAR COMPROVAÇÃO DE VALOR** |  |
|  Passagens | R$Valor | **APRESENTAR CONSULTA DE PREÇO** |  |
| DiáriasConsultar tabela de diárias | R$Valor Total  | NÚMERO DE DIÁRIASNº de diárias | (SOLICITAÇÕES INTERNACIONAIS)COTAÇÃO DO CÂMBIO (R$) Valor | (SOLICITAÇÕES INTERNACIONAIS)DATA DA COTAÇÃOInserir uma data. | (SOLICITAÇÕES INTERNACIONAIS)VALOR TOTAL EM DÓLARValor em dólar |

Justificativa fundamentada

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

|  |
| --- |
|  |

*Aluno*

Declaro estar ciente de que devo prestar contas de todos os gastos no prazo máximo de sete dias a contar da data de retorno da viagem e que todos os recursos para os quais não houver comprovação de gasto deverão ser devolvidos.

\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Aluno

*Aprovação do Orientador*

Declaro estar de acordo com o plano de aplicação apresentado pelo aluno e estar ciente de que devo conferir e assinar sua prestação de contas no prazo máximo de sete dias a contar da data do retorno da viagem do aluno.

 \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura e Carimbo do Orientador

**Decisão do colegiado/coordenador**

[ ] Concedido

[ ] Concedido Parcialmente

[ ] Indeferido

\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Coordenador