****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão.**

**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO AUXÍLIO‐DISCENTE

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome Completo do Mestrando (a): |
| RG: CPF: |
| Banco: Agencia: Conta Corrente: |
| E-mail: |
| Telefone de Contato: |
| **DADOS DO EVENTO** |
| Nome do Evento: |
| Cidade do Evento: Período do Evento: |
| Apresentação de Trabalho ( ) SIM ( ) NÃO |
| **ASSINATURAS** |
| Estou ciente da obrigatoriedade de apresentar:  ( ) Aceite do trabalho ;  ( ) Comprovante de Inscrição;  ( ) Resumo do trabalho aceito no evento cientifico;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **BENEFICIARIO(A) ORIENTADOR(A)**  **São Luís – MA,\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA PPGENF:** |
| **PEDIDO ( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO DATA:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **Coordenador (a) do PPGENF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |