****

 **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |