|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUERENTE | CPF | RG/PASSAPORTE |
|  |  |  |
| ENDEREÇO COMPLETO |
|  |
| TELEFONE(S): |
| E-MAIL DO REQUERENTE: |
| EVENTO OU ATIVIDADE: |
| CIDADE DO EVENTO/ATIVIDADE: |
| PERÍODO DO EVENTO/ATIVIDADE: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_  |
| **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (MARQUE A DOCUMENTAÇÃO ANEXADA)** |
| **PROEX**1. Comprovante de inscrição/pagamento (\_\_)
2. Aceite do trabalho (\_\_)
 |
| **DESLOCAMENTO NACIONAL – AUXÍLIO DIÁRIO** |
| \*QTD DE AUXÍLIOS(A) | VALOR DO AUXÍLIO DIÁRIO (B) | TOTAL R$ = (A\*B) |
|  | **R$ 320,00** |  |
| SALVADOR – BA, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO REQUERENTE |
| **AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DO PROEX** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO PRESIDENTE DA CG-PROEX |

* O (a) beneficiado(a) deverá fazer a prestação de contas para apresentar na Secretaria do Programa de Pós-Graduação, conforme prazo estipulado (5 dias)
* Todas as informações citadas neste formulário são de inteira responsabilidade do docente.