|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.