|  |
| --- |
| **Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira” – Ed. Biomédicas II**  **Av. Prof. Lineu Prestes, 1374 – Cep. 05508-000 São Paulo, SP - Brasil**  **Telefone :(55) (11) 3091-7355 - e-mail: micropos@icb.usp.br**  **Homepage:** [**https://posbmm.icb.usp.br/**](https://posbmm.icb.usp.br/) |

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS**

***Comissão de pós-graduação – Depto MICROBIOLOGIA – ICB/USP***

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO ALUNO SOLICITANTE** | |
| Nome: | |
| E-mail: | |
| Nº USP: | |
| Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado | |
| Orientador: |  |
| Bolsista: ( ) Sim. Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não | |
| Se for bolsista FAPESP, justifique a solicitação: | |

|  |
| --- |
| **DADOS SOBRE O EVENTO** |
| Nome do Evento: |
| Local: |
| Data: |
| Título do Trabalho: |
| Forma de Apresentação: Oral ( ) Poster ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VALOR SOLICITADO PARA REEMBOLSO**  Inscrição no Evento: Sim ( ) Não ( ) Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Hospedagem: Sim ( ) Não ( ) Diárias no valor de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Transporte: Sim ( ) Não ( ) Ida: R$ \_\_\_\_\_\_ Volta: R$ \_\_\_\_\_\_ Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Total: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Solicitante |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECISÃO DA CCP-BMM** | | |
| Deferido ( )  Valor: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indeferido ( ) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da CCP-BMM  Data: \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ |