|  |
| --- |
| **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-BMMData: \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ |