Campinas, 28 de agosto de 2014

**ASSUNTO: AUXÍLIO FINANCEIRO**

**Ao**

**Prof. Dr. Gil Guerra Júnior**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em

Saúde da Criança e do Adolescente

Prezado Coordenador:

Venho solicitar a autorização para o pagamento de ajuda de custo ao(a) aluno(a)      , nível:     , RA:      , para participar do      , no período de      , na cidade de      .

Atenciosamente,

Prof.(a) Dr.(a)

Orientador(a)

Ciente do Coordenador:

Autorizado:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_