Campinas, 9 de maio de 2023

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Licio Augusto Velloso

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Médica da FCM

Venho solicitar a autorização de pagamento de ajuda de custo para participar do      , com apresentação Oral do Trabalho e /ou Conferência intitulado      , no período de      , na cidade de      .

Ajuda de Custo Solicitada:

(     ) Inscrição no evento (reembolso)

(     ) Diárias

(     ) Passagem aérea (a ser comprada pelo Programa)

Certo de sua colaboração, agradeço.

 Atenciosamente,

Assinatura do(a) Docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a)

Ajuda de Custo Autorizada:

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

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

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

Carimbo e assinatura da Coordenadora do Programa