Campinas, 4 de novembro de 2024

Ilmo.(a). Sr.(a).

Profa. Dra. Ana Carolina Constantini

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Venho Solicitar a autorização de pagamento de ajuda de custo para o(a) aluno(a)      , nível:      , RA:      , para participar do      , com apresentação:  (Oral) /  Pôster, do trabalho Intitulada “     ”, no período de      , na cidade de      .

Certo de sua colaboração, agradeço.

Atenciosamente,

Assinatura do(a) Orientador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof.(a). Dr.(a).

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

Assinatura do coordenador do Programa

**AJUDA DE CUSTO SOLICITADA:**

Inscrição no evento

Diárias

Passagem aérea (a ser comprada pelo Programa)

Nacional Internacional

Anexar ao ofício e enviar por e-mail ([pgreab@unicamp.br](mailto:pgreab@unicamp.br)) à secretaria da Pós-graduação os documentos obrigatórios abaixo:

* Ficha de cadastro preenchida
* Programação e Folder do evento
* Cópia do comprovante do aceite do trabalho
* Cópia do Resumo do trabalho a ser apresentado
* Cópia do RG e CPF (ou CNH)

***(Arquivos em PDF por e-mail)***