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 Prof.(a) Dr.(a)      , da Instituição      ,       (cidade/país) participar do(a)      , com apresentação Oral da Palestra e/ou       Palestra/Conferencia Intitulada “     ”, no período de      , na cidade de      .

Ajuda de Custo Solicitada:

[ ]  Diárias

[ ]  Passagem aérea: [ ]  Nacional [ ]  Internacional

Certo de sua colaboração, agradeço.

Atenciosamente,

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

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

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

Assinatura do coordenador do Programa