**SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO**

Formulário de Justificativa do aluno para apreciação do Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS) quanto a relevância e importância de sua participação em tal evento.

**Nome do Solicitante:**

**Curso:**

**E-mail:**

**Telefone:**

**Endereço:**

**Justificativa:**

|  |
| --- |
|  |

* Declaro não ter recebido mais de dois auxílios financeiros, conforme § 7º, Art. 1º. da resolução 50/2013 - CUn, no ano datado abaixo.
* Declaro que sou o(a) único(a) apresentador(a) do artigo a solicitar ajuda de custo com base na resolução 50/2013.

Vitória, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do aluno solicitante