

**ANEXO XII**

**Solicitação de Compra de Passagens**

Solicitamos a compra de PASSAGENS, de acordo com os dados abaixo apresentados, sendo que o recurso é de uso exclusivo para o desenvolvimento de atividades acadêmicas ou científicas relacionadas aos Programas de Pós-graduação, realizados por pessoas físicas.



**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CPF: | RG: | Matrícula: |
| E-mail: |  |  |
|  |  |  |
| Vínculo com a Instituição: **Participante Externo** | (universidade) |  |



**DADOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

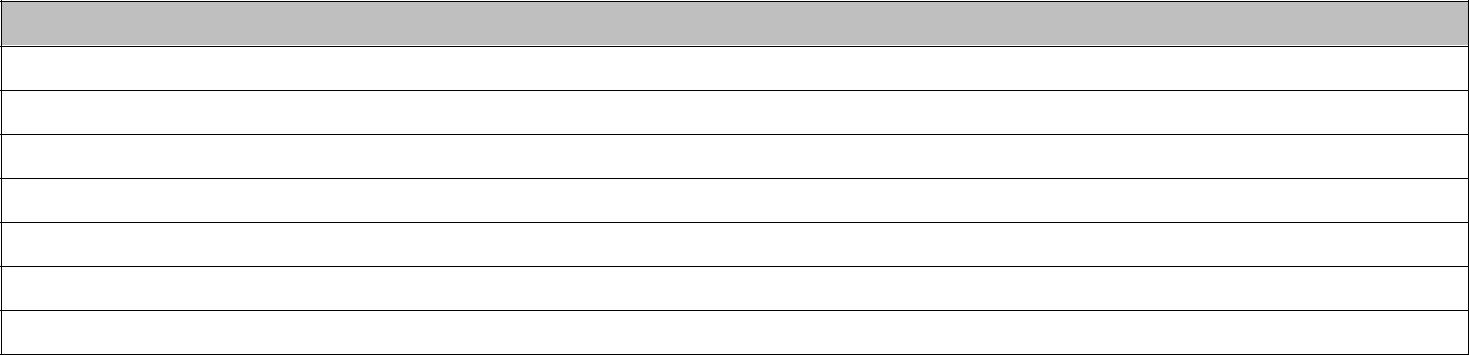
Programa: Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia - PPGFt

|  |  |
| --- | --- |
| Coordenador: Jocemar Ilha | Orientador: |
|  |  |



**INFORMAÇÕES DA VIAGEM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Origem: | |  | | Destino: | | | | |
| Data de ida: | |  | | Data prevista de retorno: | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | |
| Meio de Transporte: |  | Aéreo | |  |  | Terrestre | |
|  |  |  | |  |  |  | |
| Tipo de passagem: |  | Nacional | |  |  | Internacional | |
|  |  |  | |  |  |  | |
| Finalidade da Viagem: | | Participação de Banca de defesa |  |  | | |  | | |

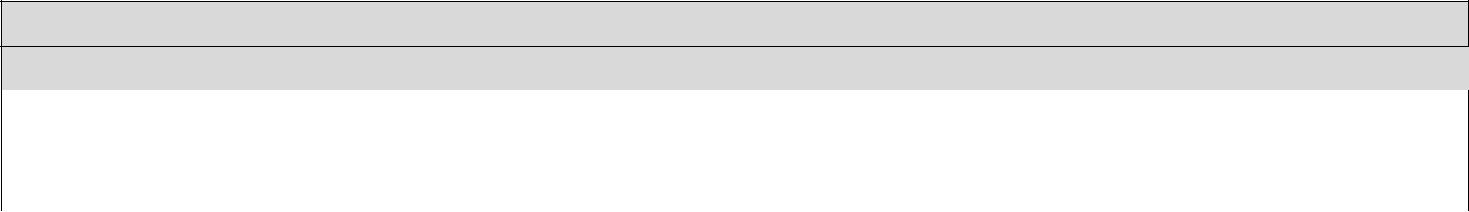


**JUSTIFICATIVA**

Participação de Banca de defesa dos alunos do PPGFt

Declaro ser verdade todas as informações prestadas e aceito as normas que regulamentam a concessão de passagens para Atividades Científico Acadêmicos relacionadas ao Programa de Pós-graduação, bem como as normas gerais da UDESC e Legislação federal em vigor. Estou ciente das implicações legais quanto à utilização e da obrigatoriedade de prestação de contas em 10 (dez) dias úteis após o retorno da viagem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Beneficiário | Local | Data |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Professor Orientador | Local | Data |



**PARA PREENCHIMENTO DO COORDENADOR DO PPG**

Autorizo a compra de passagens com recursos do Programa de Pós-graduação ao referido solicitante.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  | Assinatura do Coordenador | Local | Data |

Página 28 de 28