

***RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS***

***AUXÍLIO FINANCEIRO(Discente/Bolsista PNPD)***

Nome: .....................................................................Processo SEI nº...........................................

CPF: ....................................................................... Matrícula: ...................................

Valor do auxílio concedido: R$

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Nível ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado

Nome do evento: Pesquisa de campo em síntese de peptídeos............................................................................

Local de realização do evento ou pesquisa de campo:.

**Confirma participação no evento/pesquisa de campo/curso?**

( ) SIM ( ) NÃO

Caso não tenha participado, justificar: ............................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

**Breve cronograma das atividades realizadas durante o evento:**

Ida: Retorno:

**Breve relatório das atividades:**

..........................................................................................................................................................................................

**Documentos anexados:**

( ) Certificado de apresentação emitido pela organizadora do evento

( ) Comprovante de pagamento da taxa de inscrição (Nota fiscal ou recibo)

( ) Cronograma de atividades/relatório assinado pelo responsável (no caso de pesquisa de campo)

( ) Cópia do Currículo Lattes do docente autor/coautor do trabalho, contendo inclusão da participação no evento

( ) Canhoto dos bilhetes de cartão de embarque das passagens aéreas

( ) Bilhetes de passagens rodoviárias (ônibus)

Declaro ser verdade todas as informações aqui prestadas.

 Local e data da emissão

Assinatura do aluno: .....................................................................

**PARA PREENCHIMENTO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:**

**Prestação de Contas**: ( ) DEFERIDA

( )INDEFERIDA - Motivo: .................................................................................................................................................

( )DEVOLVIDA - Motivo: .................................................................................................................................................

Valor do auxílio concedido: R$................................. (............................................................................................)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Coordenador do Programa