**ANEXO VII**

**Solicitação de Pagamento de Diárias com recursos do PROAP-AUXPE**

Solicitamos o pagamento de DIÁRIA**,** 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:** |
| **Telefone:** | **Celular:** |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES BANCÁRIAS** |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
| **Programa: Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano** |
| **Coordenador(a):** | **Orientador(a):** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DA VIAGEM** |
| **Destino:** |
| **Data da Ida: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data prevista de retorno: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **Meio de Transporte:** |  | **Aéreo** |  | **Veículo Oficial** |  | **Outro:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO AUXÍLIO** |
|  | **DIÁRIA NACIONAL** |  | **DIÁRIA INTERNACIONAL** |
| **Tipo de Auxílio:** |  |  | Diária a Servidor |  | Diária a Colaborador Eventual |
| **Quantidade de diárias:** | **Valor Unitário:** | **Valor Total:** |
| **Justificativa:** Justifica-se a concessão de diárias por se tratar de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar com riqueza de detalhes, e, ainda, se for o caso de pesquisa, a etapa/fase em que se encontra, a imprescindibilidade da contratação, o prejuízo ao experimento advindo da sua não realização).  |

Declaro ser verdade todas as informações prestadas e aceito as normas que regulamentam a concessão de auxílio financeiro ou diária 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 do auxílio/diária 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 concessão do auxílio/diária com recursos do Programa de Pós-graduação ao referido solicitante. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Coordenador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |