**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 |