

**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**

Membro da banca de defesa do(a) discente (nome completo do discente) em DATA.

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