**EDITAL Nº SPO.065, DE 1º DE OUTUBRO DE 2018**

**AUXÍLIO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS**

**PROGRAMA DE APOIO À PÓS-GRADUAÇÃO (PROAP)**

# ANEXO I

# REQUERIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO EVENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dados Pessoais do Requerente | | |
| Nome completo: | | |
| CPF: | RG: | |
| Endereço para correspondência: | | |
|  | | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| Telefones: Residencial ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Celular ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| CEP: | E-mail: | |
| Dados Bancários (em nome do candidato) | | |
| Banco: | Agência: | |
| Conta corrente ou poupança ativa em nome do candidato: |  | |
| Dados Acadêmicos | | |
| Curso: |  | |
| Prontuário: | Turma/período: | |
| Dados do evento | | |
| Nome do evento: | | |
| Título do Trabalho: | | |
| Período: | Cidade: | |
| Estado: | País: | |
| Termo de Compromisso (preenchido pelo candidato) | | |
| Venho requerer análise, para efeito de concessão de auxílio à participação em evento científico/tecnológico, conforme dados e respectiva documentação anexa, responsabilizando-me integralmente pela veracidade das informações fornecidas, bem como pela autenticidade da documentação apresentada.  Dessa forma, estou ciente de que, em caso de aprovação desta solicitação, deverei realizar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após meu retorno do evento, a prestação de contas de acordo com o prazo estabelecido neste edital.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.  Assinatura do candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**EDITAL Nº SPO.065, DE 1º DE OUTUBRO DE 2018**

**AUXÍLIO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS**

**PROGRAMA DE APOIO À PÓS-GRADUAÇÃO (PROAP)**

# ANEXO II

**FORMULÁRIO PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO/TECNOLÓGICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS DO CANDIDATO (preenchido pelo candidato):** | | | | | | |
| NOME COMPLETO: | | | | | | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | | | | | | |
| TELEFONE: | | TELEFONE CELULAR: | | | | |
| *E-MAIL:* | | PRONTUÁRIO: | | | | |
| CURSO: | | TURMA/PERÍODO: | | | | |
| **2. DADOS SOBRE O EVENTO (preenchido pelo candidato):** | | | | | | |
| NOME DO EVENTO: | | | | | PERÍODO: | |
| TÍTULO DO TRABALHO: | | | | | | |
| **3. ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS\* (preenchido pelo candidato):** | | | | | | |
| **Descrição do item** | | | | | | **Valor gasto (R$):** |
| TAXA DE INSCRIÇÃO | | | | | |  |
| TAXA DE PUBLICAÇÃO | | | | | |  |
| TOTAIS GERAIS: | | | | | |  |
| DIFERENÇA A SER DEVOLVIDA\*\* | | | | | |  |
| COMPROVANTE DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO\*\*\*: | | | | 🞎 Sim 🞎 Não | | |
| DATA: | ASSINATURA DO CANDIDATO: | | | | | |
| **4. PARECER SOBRE A PRESTAÇÃO DE CONTAS (preenchido pelo IFSP):** | | | | | | |
| 🞎 APROVADA 🞎 NÃO APROVADA | | | OBSERVAÇÕES: | | | |
| DATA: | ASSINATURA COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: | | | | | |

\* Anexar os originais dos comprovantes das despesas.

\*\* aNEXAR A GRU PAGA **(código de recolhimento 68888-6)**, CASO HOUVER VALOR A SER DEVOLVIDO PELO CANDIDATO.

\*\*\* Anexar cópia do certificado ou declaração de apresentação do trabalho.