

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA E FUNCIONALIDADE

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE AUXÍLIO FINANCEIRO

Data da entrega:/...../.....

Nome:

CPF:..... Matrícula:

Valor do auxílio: R\$......(.....)

Programa de Pós-Graduação: Nível ()
Mestrado () Doutorado

Nome do evento:

Local de realização do evento ou pesquisa de campo:
.....

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

() SIM () NÃO

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

Breve cronograma das atividades realizadas durante o evento:

Ida:/...../.....

Retorno/...../.....

Relatório das atividades:

.....

.....

.Documentos anexados:

() Certificado de apresentação emitido pela organizadora do evento

() Comprovante de pagamento da taxa de inscrição

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

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

() Bilhetes de passagens rodoviárias (ônibus)

() Notas fiscais

() Outros(especificar)

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas.

Fortaleza -CE, de de

Assinatura do aluno:

Prestação de Contas:

() INDEFERIDA - Motivo:

.....

()DEVOLVIDA - Motivo:

____/____/____ Assinatura do Coordenador do Programa