



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Aggeu Magalhães

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU**  
**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO E/OU AJUDA DE CUSTO**

**Discente:**

**Curso:**  Residência

Especialização

**Professor (a) Doutor (a):**

(Coordenador (a) do Programa)

**Orientador(a):**

**Solicitação:**

**Justificativa:**

**Evento:**

**Localização:**

**Data:**

Recife, de de 20 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura eletrônica do(a) Orientador(a)

Obs:

Dados bancários do(a) Discente:

Banco:

Agência:

C/C:

**Anexar a seguinte documentação:**

- Comprovante de residência;

- Cópia do CPF e RG;

-Carta de Aceite do Trabalho no Evento;

- Comprovante de titularidade da conta bancária do aluno;

- Folder do evento com programação e a tabela de custo.