|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**BENEFICIADO COM APOIO FINANCEIRO** |  |

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE APOIO**  |
| ( ) EDITAL | ( ) DEMANDA ESPONTÂNEA  |  |
| **ESTUDANTE BENEFICIÁRIO** |
| **NOME:**  |
|  **N° DE MATRÍCULA:**  |
| **ENDEREÇO:**   |
|  **CPF:**  | **BANCO:**   |
|  **AGÊNCIA** (com dígito verificador)**:** | **CONTA-CORRENTE** (com dígito verificador)**:** |
|  **E-MAIL:**  | **TELEFONE:**   |
| **DADOS DO PROJETO** |
| **PROJETO DE VINCULAÇÃO DA BOLSA/AUXÍLIO:**  |
|  |  |
| **COORDENADOR RESPONSÁVEL:**   |
|  |   |  |
|  **UNIDADE DE ORIGEM DO PROJETO/AUXÍLIO:**  |  |  |
|  |  |  |
| **APOIO SOLICITADO** |
| ( ) **BOLSA** (3 ou mais meses)**:** | ( ) **AUXÍLIO FINANCEIRO** (até 2 meses)**:** |  |
| **VIGÊNCIA:****Primeiro mês de trabalho:** Mês / Ano **Último mês de trabalho:** Mês / Ano  | **VIGÊNCIA:****Primeiro mês de trabalho:** Mês / Ano **Segundo mês de trabalho:** Mês / Ano  |  |
| O(A) estudante abaixo assinado(a) vem por meio deste documento declarar que, durante o período de vigência da bolsa de Iniciação à Extensão, não acumulará bolsas de outros programas de iniciação à pesquisa e extensão.  | O(A) estudante abaixo assinado(a) vem por meio deste documento declarar que não receberá, no presente ano, auxílio financeiro a estudante em mais de dois meses, e que o valor recebido no presente pedido, somado com o recebimento de outros auxílios da UFBA e bolsas de agências oficiais, não ultrapassará o valor de R$ 1,5 salário mínimo por mês. |  |
| **Salvador, de de 20 .** |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do Estudante/Beneficiário** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do Coordenador** |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura da Pró-Reitora de Extensão Universitária** |