Campinas, .... de ......... de 2025

**Assunto: AUXÍLIO FINANCEIRO**

**Ilmo. Sr.**

Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em

Saúde da Criança e do Adolescente

Prezada Coordenadora:

Venho solicitar a autorização para o pagamento de ajuda de custo ao(a) aluno(a)      , nível:     , RA:      , para participar do      , no período de      , na cidade de      .

Atenciosamente,

Prof.(a) Dr.(a)

Orientador(a)

Ciente da Coordenação:

Autorizado:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_