|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://sigaa.ufpb.br/sigaa/verFoto?idFoto=562134&key=2575966704efacdb8b7578875964dcf2 | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM MEDICAMENTOS (UFRN/UFPB/UFRPE/UFC)**  | UFPB01 |

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

08

**Fall**

À

Coordenadora do PPgDITM da Universidade Federal da Paraíba.

Prezada Coordenadora,

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­, aluno(a) regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos/UFPB, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio desta, encaminhar a documentação necessária para solicitação de ajuda de custo a fim de cursar a disciplina ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Atenciosamente,

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

Aluno(a)

Matrícula