|  |
| --- |
| **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  **COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUXILIO REVISÃO/ TRADUÇÃO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO ALUNO SOLICITANTE** | | | | |
| NOME COMPLETO: | | | | |
| Nº USP: | E-MAIL: |  |  |  |
| NOME PROFESSOR ORIENTADOR | | | | |
| TELEFONE: | | | | |
| BOLSISTA |  | SIM ☐ | NÃO ☐ | AGÊNCIA: |
| **NECESSÁRIO ENTREGA DE CÓPIA DE RG E CPF** | | | | |

|  |
| --- |
| **PREENCHER PARA TRADUÇÃO** ☐ **REVISÃO DE INGLÊS** ☐ **PUBLICAÇÃO** ☐ |
| NOME DO ARTIGO: |
| QUANTIDADE DE PALAVRAS: |
| REVISTA DE PUBLICAÇÃO: |
| ESTRATO DA REVISTA: |
| AUTORES: |
| PRESTADOR DO SERVIÇO: |
| VALOR ORÇADO: |
| VALOR MÁXIMO CONCEDIDO PARA TRADUÇÃO/REVISÃO: **R$ 2.500,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | |
| NOME E ASSINATURA DO ORIENTADOR | ASSINATURA DO ALUNO SOLICITANTE |
| / /  Data | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURA** | |
| Decisão da CPG: ( ) DEFERIDO  ( ) INDEFERIDO | ASSINATURA DA PRESIDENTE DA CPG |
| / /  Data | |