|  |
| --- |
| **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 |