**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **01. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO** | |
| NOME DO PROJETO: | |
| EDITAL: | |
| CAMPUS: | |
| NOME DO COORDENADOR: | SIAPE: |

|  |
| --- |
| **02. SOLICITAÇÃO** |
|  |

|  |
| --- |
| **03. JUSTIFICATIVA** |
|  |

**\* A alteração só será possível mediante aprovação da Diretoria de Extensão do Campus.**

**\*\* A avaliação da solicitação será feita em até 10 dias úteis da data de recebimento.**

|  |  |
| --- | --- |
| **05. ASSINATURAS** | |
| Pede e espera deferimento,  Data:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador | Data:  ( ) Deferido  ( ) Indeferido  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diretoria de Extensão |