**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 |