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

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

| **02. SOLICITAÇÃO** |
| --- |
|  |

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

**\* A alteração só será possível mediante aprovação da Diretoria de Extensão do Campus e/ou Pró-reitoria de Extensão.**

**\*\* 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 e/ou Pró-reitoria de Extensão |