|  |
| --- |
| Ministério da Educação Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares **Hospital Universitário de Santa Maria** Gerência de Ensino e Pesquisalg_EBSERH-PB_uso**Gabinete de projetos** |

Santa Maria, xx de xxxx de 201x.

Para: GaP do HUSM (escolher para quem se dirige o memorando)

Da: Indicar o Departamento que expediu o memorando

Formulo o presente documento, com a finalidade de solicitar a V. Sª. o pagamento/ressarcimento de Taxa de Inscrição para participação do evento (Informar evento conforme Folder), que ocorrerá no período de (Informar data completa de realização do evento, de acordo com Folder), em (Informar cidade do evento). O recurso é proveniente do (Informar Departamento ou Projeto e edital contemplado com recurso).

 Atenciosamente,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prof. (Informar NOME COMPLETO de quem assina)

Departamento: 04.xx - xxxx