|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANEXO IV****UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA****ASSESSORIA DE EXTENSÃO** |  |

**Edital UFPB NO SEU MUNICÍPIO**

|  |
| --- |
| **Solicitação de Cancelamento de Bolsistas e/ou Substituição** |
| **Projeto:** |
|  |
|  |
| **Centro:** |
| **Coordenador:** |
| **Aluno/Bolsista a ser cancelado:** |
| **Curso:** | **Matrícula:** |
| **Mês do cancelamento (último mês de participação no projeto como bolsista):** |
|  |
| **Aluno/Bolsista Substituto (se houver)** |
| **Curso:** | **Matrícula:** |
| **RG:** | **CPF:** |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
| **Telefone para contato:** |
| **E-mail:** |
| **Mês da Substituição (primeiro mês de participação no projeto como bolsista):** |

**João Pessoa,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordenador(a) do Projeto Assessoria de Extensão**

**Observação:** Este formulário deverá ser encaminhado impreterivelmente no mês que antecede ao pagamento da bolsa ao discente substituto, conforme o dia estabelecido para cada mês no calendário constante do **ANEXO VI** deste edital.