| | | |
|---|---|---|
| | **ANEXO II**<br><br>**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**<br>**ASSESSORIA DE EXTENSÃO** | |

**Edital UFPB NO SEU MUNICÍPIO 2024**

| **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 III** deste edital.