|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAP-UA – MATERIAIS DE CONSUMO: ALMOXARIFADO** | | | | | | |
| **Pesquisador**: | |  | | | | |
| **Unidade Acadêmica:** | |  | | | | |
| **Projeto de pesquisa**: (vigente e cadastrado na COPQ) | |  | | | | |
| **Descrição sucinta da utilização**: | |  | | | | |
| **Lista de Materiais Requisitados** | | | | | | |
| **Código**  (conforme SIPAC) | **Denominação**  (conforme SIPAC) | | **Quantidade** | **Valor**  **unitário** | **Subtotal** | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| **Valor total:** | | | | |  | |
| Declaro estar ciente das normas referentes ao Programa de Apoio à Pesquisa (PAP-UA), sobretudo as referentes a impedimentos de afastamentos e à utilização do recurso, bem como de minha responsabilidade quanto à prestação de contas. | | | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA** | | | | | |
| Data: --/--/----. Assinatura e nome completo abaixo: | | | | | |

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Caso o pedido seja realizado em consórcio entre pesquisadores, todos os solicitantes deverão assinar este formulário.

Dourados, MS. -- de ----------- de ----.

PREENCHA SEU NOME AQUI E ASSINE ACIMA