Exmo. Sr.

**Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz**

Diretor da FCF/USP

O (A) sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Curso de Graduação em... ou Programa de Pós-Graduação em...) e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Curso de Graduação em... ou Programa de Pós-Graduação em...), regularmente matriculados nesta Faculdade, vem requerer suas inscrições como candidatos para a representação discente junto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, na qualidade de representante titular e suplente respectivamente.

Nestes Termos,

Pedem Deferimento.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Representante:**  **Telefone:**  **E-mail:**  **Endereço:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Suplente:**  **Telefone:**  **E-mail:**  **Endereço:** |