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...) regularmente matriculado nesta Faculdade, vem requerer sua inscrição como candidato(a) para a representação junto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

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

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

**Representante:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**Endereço:**