Exmo. Sr.

**Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz**

Diretor da FCF/USP

O (A) sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discentes de Graduação, regularmente matriculados nesta Faculdade, vem requerer suas inscrições como candidatos para a representação 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:**  |