Exmo. Sr.
Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz
Diretor da FCF/USP

O (A) Sr. (a) _____, Nº USP _____, discente de _____ desta Faculdade, vem requerer sua inscrição como candidato(a) para a representação discente junto à Comissão de Inclusão e Pertencimento (CIP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

São Paulo, ___ de _____ de 2023.

_____
Representante:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

☐ Inscrição Deferida
☐ Inscrição Indeferida

Prof Dr. Humberto Gomes Ferraz

Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP