

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:**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Inscrição Deferida<br><input type="checkbox"/> Inscrição Indeferida |
|--|

Prof Dr. Humberto Gomes Ferraz

Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP