

Exmo. Sr.

Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz

Diretor da FCF/USP

O (A) Sr. (a) _____,
Nº USP _____ discente no Programa de Pós-Graduação em

desta Faculdade, vem requerer sua inscrição como candidato (a) à representação junto à

da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

São Paulo, ____, de _____ de 2024.

Representante:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

- ☐ Inscrição Deferida
☐ Inscrição Indeferida

Prof Dr. Humberto Gomes Ferraz

~~Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP~~