

Exmo. Sr.

Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz

Diretor da FCF/USP

O(A) sr.(a) _____, número USP _____, discente de _____, 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 2024.

Representante:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

- ☐ **Inscrição Deferida**
- ☐ **Inscrição Indeferida**

Prof. Dr. Humberto Gomes Ferraz
Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP