

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