Ilma. Sra.

Profa. Dra. ELOISA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,............................................................................................, Professor(a) Titular (MS-6) desta Faculdade de Medicina, lotado(a) no Departamento de ............................................................., venho através desta solicitar minha inscrição para **representante docente junto à Congregação**.

São Paulo,.......... de ............................... de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ASSINATURA DO CANDIDATO)

Dados do candidato:

Telefone para contato

E-mail para contato

OBS.: ASSINAR O REQUERIMENTO E ENCAMINHAR PARA O EMAIL (atacfm@usp.br), ATÉ AS 15H00 DO DIA 21/06/2023.