

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Eloisa Silva Dutra De Oliveira Bonfá

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,.....,
Antigo Aluno do Curso de Graduação de solicito a minha inscrição para
representante dos Antigos Alunos de Graduação junto a Congregação da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, e indicar o meu suplente:
.....

São Paulo, de..... de 2024

(assinatura titular)

(assinatura suplente)

Dados do titular:

Telefone para contato _____

E-mail para contato _____

Dados do suplente:

Telefone para contato _____

E-mail para contato _____

**OBS.: ASSINAR O REQUERIMENTO (TITULAR E SUPLENTE) E ENCAMINHAR PARA O
EMAIL (atacfm@usp.br), até as 15h00 do dia 16 de maio de 2024.**