Ilma. Sar.

Profa. Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,..................................................................................................................................... discente de **graduação** desta Faculdade de Medicina, venho através desta solicitar minha inscrição para **representante discente junto à(o)**........................................................., e indicar o meu suplente (opcional): ...............................................................................................................

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), ANEXAR O ATESTADO QUE COMPROVE ESTAREM REGULARMENTE MATRICULADOS, EXPEDIDO PELO SERVIÇO DE GRADUAÇÃO OU PELO SISTEMA JÚPITER E ENCAMINHAR PARA O EMAIL

(eleicaordcongregacao@fm.usp.br), ATÉ AS 15H00 DO DIA 31/07/2024.