Ilmo. Sra.

Profa. Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,...................................................................................................................................... docente desta Faculdade de Medicina, lotado(a) no Departamento de ............................................................, pertencendo à categoria de Professor Titular, venho através desta solicitar minha inscrição para representante dos Professores Titulares da FMUSP junto ao Conselho Curador da Fundação Faculdade de Medicina.

São Paulo, .......... de ............................... de 2025.

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

(assinatura)

Dados do candidato:

Telefone para contato

E-mail para contato

Endereço para entrega de documentação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(instituto, andar e sala)

OBS.: **ASSINAR O REQUERIMENTO E ENCAMINHAR PARA O EMAIL (eleicoes.atacfm@usp.br), ATÉ AS 15H00 DO DIA 21 DE FEVEREIRO DE 2025.**