

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho

DD. Diretor 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 2022

(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 06/07/2022.**