A

**Profa. Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá**

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,...................................................................................................................................................................., número funcional..................................., lotado no Serviço/Departamento..................................................., solicito o registro de minha candidatura na eleição para a escolha do novo representante dos **servidores técnicos e administrativos junto ao Comissão de Inclusão e Pertencimento** da FMUSP.

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

.................................................... (assinatura)

DADOS DO CANDIDATO

Telefone para contato

E-mail para contato

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

(Departamento/Serviço, andar e sala)

OBS.: ASSINAR O REQUERIMENTO, ANEXAR A DECLARAÇÃO QUE COMPROVE QUE O CANDIDATO É SERVIDOR, EXPEDIDO PELO CENTRO DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS EM RECURSOS HUMANOS - QUADRILÁTERO DA SAÚDE. ENCAMINHAR PARA O EMAIL (atacfm@usp.br), ATÉ AS 15H00 DO DIA 31/07/2023.