Ilma. Sra.

Profa. Dra. ELOISA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,............................................................................................, Professor(a) Congregado desta Faculdade de Medicina, lotado(a) no Departamento de ........................................................................, venho através desta solicitar minha inscrição para **representante da Congregação junto ao Conselho Universitário da USP**, 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