Ilma. Sra.

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

DD. Diretora da Faculdade de Medicina da USP.

Eu,......................................................................................................................................discente de **pós-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 2023

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

(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, EXPEDIDA PELO SERVIÇO DE PÓS-GRADUAÇÃO OU PELO SERVIÇO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA OU PELA SECRETARIA DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA OU PELO SISTEMA APOLO OU PELO SISTEMA JANUS. ENCAMINHAR PARA O EMAIL **atacfm@usp.br**, **até às 15h00** **do dia 11/09/2023**