**PROCURAÇÃO**

**Outorgante:** Eu, [NOME], [NACIONALIDADE], Cirurgião(ã)-Dentista, portador(a) do RG n° [NÚMERO DO RG] e do CPF n° [NÚMERO DO CPF], residente e domiciliado(a) em [ENDEREÇO COMPLETO – RUA, CIDADE, ESTADO, CEP E ETC], pelo presente instrumento, nomeio e constituo como meu(minha) procurador(a)

**Outorgado(a):** [NOME], [NACIONALIDADE], [PROFISSÃO], portador(a) do RG n° [NÚMERO DO RG] e do CPF n° [NÚMERO DO CPF], residente e domiciliado(a) em [ENDEREÇO COMPLETO – RUA, CIDADE, ESTADO, CEP E ETC], com poderes para representar o(a) outorgante junto ao Serviço de Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP), para fins de **retirar o diploma de graduação e demais documentos pertinentes à vida acadêmica no Curso de Graduação em Odontologia da FORP/USP**, responsabilizando-me por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento.

[CIDADE], [DATA].

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

[NOME]

**ORIENTAÇÕES (APAGAR antes de imprimir o documento!):**

**- preencher os campos em cinza e adequar as flexões nominais de gênero (destaque em amarelo)**

**- Assinatura do(a) interessado(a) deve ser igual à do documento de identidade (RG/CNH).**

**- deve ser anexada cópia do documento de identidade do(a) concluinte e procurador(a).**

**- procuração deve ser original (não pode ser cópia ou enviado escaneado).**

**- não enviamos diplomas por correio.**