

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Ricardo Gariba Silva

Diretor da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

[_____] , portador(a) da cédula de

identidade nº [_____] , telefone(s) [_____] , e-mail

[_____] , vem requerer a Vossa Senhoria inscrição para representante dos antigos alunos de graduação junto à Congregação desta Faculdade, conforme Portaria da Diretoria nº 047/2025, de 06 de janeiro de 2025.

Declaro que:

- ☐ não sou docente ou servidor técnico e administrativo da Universidade de São Paulo
- ☐ não sou discente de Graduação ou de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo
- ☐ não sou aluno de cursos de Extensão Universitária da Universidade de São Paulo

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Ribeirão Preto, [_____] de [_____] de 20[_____] .

Assinatura