



Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia de Bauru

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO CHAPA- GRADUAÇÃO

À

Diretoria da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP

_____, número USP _____ (titular), e
_____, número USP _____ (suplente),

alunos (as) regularmente matriculados (as) no curso de GRADUAÇÃO em

- | | TITULAR | SUPLENTE |
|---|---------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Odontologia | (Nº USP _____) e (Nº USP _____) | |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia | (Nº USP _____) e (Nº USP _____) | |
| <input type="checkbox"/> Medicina | (Nº USP _____) e (Nº USP _____) | |

solicitamos nossa inscrição para concorrer à eleição de representantes discentes mediante a vinculação Titular-Suplente na(o):

- Congregação
- CTA - Conselho Técnico Administrativo
- Comissão de Graduação
- Comissão Coordenadora do Curso de Odontologia – CoC-O
- Comissão Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia – CoC-F
- Comissão Coordenadora do Curso de Medicina – CoC-M
- Comissão de Biblioteca
- Comissão Assessora de Relações Internacionais - CRInt
- Conselho Gestor do Campus - *(Titular)*
- Comissão de Ética no Uso de Animais - CEUA
- Comissão de Cultura e Extensão Universitária - *(Suplente)*

CONSELHOS DE DEPARTAMENTOS:

- Ciências Biológicas - *(Titular)*
- Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia - *(Titular)*
- Dentística, Endodontia e Materiais Odontológicos - *(Suplente)*
- Fonoaudiologia - *(Titular)*
- Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva - *(Suplente)*
- Prótese e Periodontia - *(Suplente)*

Declaro ciência dos termos da Portaria GD-07-FOB-2019, publicada no DOESP em 08/03/2019.

Nestes termos, peço deferimento.

Bauru, ____/____/____

Assinatura Candidato (Titular)

Assinatura Candidato (Suplente)