



Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia de Bauru

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO CHAPA – PÓS-GRADUAÇÃO

À

Diretoria da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP

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

alunos (as) regularmente matriculados (as) no Programa de PÓS-GRADUAÇÃO

TITULAR

SUPLENTE

Ciências Odontológicas Aplicadas (Nº USP _____) e (Nº USP _____)

Fonoaudiologia, (Nº USP _____) e (Nº USP _____)

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

- Congregação
- Comissão de Pesquisa
- Comissão de Pós-Graduação
- Comissão de Bolsas
- Comissão de Biblioteca
- Comissão Coordenadora do Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas
- Comissão Coordenadora de Programa de Fonoaudiologia
- Comissão Assessora de Relações Internacionais – CRInt
- Conselho Gestor do Campus (*Suplente*)
- Comissão de Ética no Uso de Animais
- Comissão de Cultura e Extensão Universitária (*Titular*)

CONSELHOS DE DEPARTAMENTOS:

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

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

Nestes termos, peço deferimento.

Bauru, ____/____/____

Assinatura Candidato (Titular)

Assinatura Candidato (Suplente)