**À**

**Diretoria da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP**

**Nome:** Clique aqui para digitar texto.

**Categoria Professor:** Escolher um item.

**Departamento:** Escolher um item.

**E**

**Nome:** Clique aqui para digitar texto.

**Categoria Professor:** Escolher um item.

**Departamento:** Escolher um item.

Docentes em exercício na Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, vêm mui respeitosamente solicitar inscrição, nos termos da Portaria GD-002/2020/FOB, como titular e suplente, respectivamente, à eleiçãopara escolha de **Presidente e Vice-Presidente da Comissão de PÓS-GRADUAÇÃO da FOB-USP**.

 Bauru, Clique aqui para inserir uma data.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(assinatura do candidato Titular)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(assinatura do candidato Suplente)**