



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Ao
Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos
Diretor da FOB-USP

Eu, Prof(a). Dr(a). _____,
nome

Diretor, Vice-Diretor, Presidente, Vice-Presidente, Chefe ou Vice-Chefe de Departamento

do(a) _____, comunico que
Unidade, Comissão, Departamento

desincompatibilizei-me de minhas funções a partir de ____/____/____, em favor de
data da inscrição

meus substitutos até o encerramento do processo eleitoral para Diretor e Vice-Diretor da FOB-USP, nos termos do artigo 7º da **Portaria GD-050-2021-FOB, de 28-09-2021**, publicada no DOESP em 29/09/2021.

Bauru, _____ de _____ de 2021.

Assinatura