**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 FOB-USP Nº 004/2023, como titular e suplente, respectivamente, à eleiçãopara escolha de **Presidente e Vice-Presidente da COMISSÃO DE INCLUSÃO E PERTENCIMENTO da FOB-USP**.

 Bauru, Clique aqui para inserir uma data.

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

**(assinatura do candidato Titular)**

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

**(assinatura do candidato Suplente)**