|  |
| --- |
| **MATRÍCULA INICIAL** |
| Aluno: |
| N. USP:  | MESTRADO |  | DOUTORADO |  | DOUTORADO DIRETO |  |
| Endereço: |
| Bairro: | UF: | Cidade:  | CEP: |
| E-mail: | Fone: |
| Tendo em vista minha aprovação no último Processo Seletivo, venho requerer a Ilustríssima Senhora Presidente da CPG do HRAC-USP, minha matrícula no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação – Área: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas, e nas disciplinas abaixo. |

|  |
| --- |
| **MATRÍCULA EM DISCIPLINAS** |
| Sigla: | Nome da Disciplina: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| ALUNO |
| Data: | Assinatura: |

|  |
| --- |
| ORIENTADOR  |
| Aceito orientar o(a) aluno(a) e estou ciente da escolha de disciplinas acima, e das atividades a serem desenvolvidas neste semestre. |
| Nome: |
| Data: | Assinatura: |

|  |
| --- |
| AUTORIZAÇÃO - (Somente para Servidores da USP) |
| CHEFIA IMEDIATA |
| Data: | Nome/Assinatura: |
| SUPERINTENDÊNCIA |
| Data: | Nome/Assinatura: |

|  |
| --- |
| SECRETARIA |
| Cadastrado em: | Funcionário: |

26/07/2022