|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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