ANEXO

**Universidade Federal de São Paulo**

Campus Guarulhos

Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO - REPRESENTANTES DISCENTES

Eu,

,

CPF , data de nascimento / / , aluno/a

matriculado/a no ( ) Mestrado/ ( ) Doutorado do Programa de Educação e Saúde na Infância e Adolescência da UNIFESP, sob a orientação do/a Prof./a

,

ingressante em

/ / com previsão de defesa para

/ (mês/ano),

venho requerer minha inscrição como candidato/a a Representante Discente do Programa para o período de .

Atenciosamente,

Assinatura do/a candidato/a a Representante Discente

Estr. do Caminho Velho, 333 - Jardim Nova Cidade, Guarulhos - SP, 07252-312 - Telefone: (11) 5576-4848