Ilustríssimo Senhor Prof. Dr. Rui Alberto Ferriani

DD. Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

REQUERIMENTO

Eu, (nome), (estado Civil), portador do RG.: (nº do RG), CPF: (nº do CPF), residente à (rua, nº, bairro), no município de (cidade/estado), pós-graduado no Programa de Pós-Graduação em (nome do Programa) por esta Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em (data da obtenção do título), venho solicitar a Vossa Senhoria a expedição da 2º Via do diploma de (Mestrado/Doutorado), por motivo de (danificação/extravio) da primeira via, causada por (colocar motivo do dano ou excluir em caso de extravio).

Ribeirão Preto, (data).

Nestes Termos,

Peço Deferimento.

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

**(Assinatura do Interessado)**

*Testemunha 2*

Nome:

RG:

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Testemunha 1*

Nome:

RG:

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS PARA CONTATO**

Telefone: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_