**Procuração**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do RG nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente (endereço completo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ **autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** RG nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente (endereço completo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_, a **retirar junto ao Serviço de Pós-Graduação** da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP meu diploma de (**Curso Mestrado ou Doutorado)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, obtido junto ao Programa de Pós-graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cidade)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura** (com firma reconhecida em cartório)

Obs.: O procurador legal deve estar de posse de documento original com foto.