



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS-USP
Excelência em Ensino e Pesquisa
Homepage: www.icb.usp.br



Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira" – Ed. Biomédicas II
Av. Prof. Lineu Prestes, 1374 – Cep. 05508-000 São Paulo, SP - Brasil
Telefone : (55) (11) 3091-7355
Homepage: www.icb.usp.br/bmm/pos
e-mail: micropos@icb.usp.br



DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Observação:

Declaração deverá ser feita em papel timbrado da Unidade, assinado pelo(a) orientador(a) do(a) aluno(a) com respectivo carimbo ou carimbo da secretaria de pós graduação da Unidade.

Declaro para fins de concessão de cota para Passe Escolar, via SPtrans, que o(a) aluno(a) _____, nº USP _____, está sob minha orientação no Programa de Pós-Graduação, nível:

- Mestrado,
 Doutorado.

Declaro ainda que a frequência semanal à Universidade do(a) referido(a) aluno(a) se dá conforme abaixo assinalado:

Frequência

- 05 vezes, durante a semana,
 04 vezes, durante a semana,
 03 vezes, durante a semana,
 02 vezes, durante a semana,
 01 vez, durante a semana.

Já, o período de frequência a universidade é:

	Período	Horário
<input type="checkbox"/>	Diurno	07h00 às 18h00
<input type="checkbox"/>	Integral	07h00 às 23h59
<input type="checkbox"/>	Matutino	07h00 às 12h00
<input type="checkbox"/>	Noturno	19h00 às 23h59
<input type="checkbox"/>	Vespertino	13h00 às 18h00

São Paulo, de de 2020

Prof.(^a) Dr(^a)
Telefone para contato: