

Universidade de São Paulo - Faculdade de Ciências Farmacêuticas

REQUERIMENTO DE PRIMEIRA MATRÍCULA

Nome do(a) aluno(a):		Nº USP <small>(Obrigatório)</small>
Curso: () Mestrado () Doutorado (*) () Doutorado Direto		Código da Área*:
Programa de Pós-Graduação:		
Nome do(a) Orientador(a):		
E-mail:	E-mail USP:	

Data da Matrícula: ___/___/____.

() No caso de Mestrado obtido fora da USP, a matrícula será feita no Doutorado Direto. A mudança de nível para o Doutorado com Mestrado poderá ser solicitada após a equivalência do título de Mestre.*

Após ciência do **Regimento de Pós-Graduação da USP** e das **Normas Específicas do Regulamento do Programa**, solicito a efetivação da matrícula no Programa de Pós-Graduação.

Nestes Termos, peço deferimento.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinaturas (obrigatórias):

Nome e Assinatura do(a) Aluno(a)

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)

CÓDIGO DAS ÁREAS*:

9131 Ciência dos Alimentos – Área de Bromatologia
9132 Ciência dos Alimentos – Área de Nutrição Experimental
9133 Tecnologia Bioquímica-Farmacêutica - Área de Tecnologia de Alimentos
9134 Tecnologia Bioquímica-Farmacêutica - Área de Tecnologia de Fermentações
9135 Tecnologia Bioquímica-Farmacêutica - Área de Tecnologia Químico-Farmacêutica
9136 Farmácia (Fisiopatologia e Toxicologia) - Área de Análises Clínicas

9142 Farmácia (Fisiopatologia e Toxicologia) - Área de Fisiopatologia
9143 Farmácia (Fisiopatologia e Toxicologia) - Área de Toxicologia
9138 Fármaco e Medicamentos - Área de Insumos Farmacêuticos
9139 Fármaco e Medicamentos - Área de Produção e Controle Farmacêuticos