



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Serviço de Graduação
Tel. (11) 3091 7869
gradfo@usp.br

Fundada em 1900

"Em constante busca da excelência"

REQUERIMENTO DE DISPENSA

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos

Presidente da Comissão de Graduação da FOUSP

Eu, _____, N^o USP _____
aluno(a) regulamente matriculado(a) no _____ semestre do curso _____
(integral/noturno), venho muito respeitosamente solicitar dispensa da disciplina código:
_____ nome: _____, visto que
cumpri a disciplina código: _____ nome: _____,
que julgo equivalente.

N. Termos

P. Deferimento,

Assinatura

Data: ____/____/____

Telefone: _____

Email: _____