|  | UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  ESCOLA DE ENFERMAGEM  Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000  Cx. Postal 41633 – CEP 05422-970 São Paulo / SP – Brasil  Tel / Fax: 55 (11) 3061-7532 e-mail: gradee@usp.br |
| --- | --- |

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Débora Rodrigues Vaz

Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nº USP . . . . . . formado(a) no ano de . . . . . venho solicitar autorização para (re)ingresso no Curso de Licenciatura a partir do . . . . semestre de 20. . .

Justificativa: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

São Paulo, . . . . de. . . . . . . . . . . . . .de 20. . . . .

. . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .

Assinatura do aluno

Dados para Contato:

Telefone residencial: . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefone celular: . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mail(s): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .