

AO SENHOR DIRETOR GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP

Eu, ....., portadora do RG:....., CPF nº....., graduado no Curso de ( ) Medicina ( ) Enfermagem, no ano de.....RA nº ..... desta Instituição de Ensino Superior, vem respeitosamente requerer a Vossa Senhoria a expedição de:

( ) Atestado de conclusão de Curso constando a data da colação de grau

( ) Atestado que o diploma esta em fase de registro.

( ) Programas das disciplinas:

.....  
.....

( ) Outros .....

Nestes Termos  
Pede Deferimento.

São José do Rio Preto,...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_