PROCURAÇÃO

Eu, nome, brasileiro, portador do RG xxx, CPF xxx e do NUSP xxx, AUTORIZO nome, portador do RG xxx e do CPF xxx, a retirar meu DIPLOMA DE MESTRADO junto ao Serviço de Pós-Graduação do Programa Interunidades em Ensino de Ciências da Universidade de São Paulo.

Local, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura