



REQUERIMENTO PARA REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO

Dados Pessoais

Nome do Requerente:		CPF:	
RG/RNE:	Órgão Expedidor:		
Endereço:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Telefone:	

Titulação

Instituição de Ensino:	Cidade/País
Ano de Conclusão:	Título Concedido
Nome do curso na Instituição de Origem:	Curso de Graduação equivalente ou afim na UFOP:

TERMO DE ACEITAÇÃO DE CONDIÇÕES E COMPROMISSOS:

Atesto que todas as informações e documentos apresentados são verdadeiros e ser de minha responsabilidade a entrega de todos os documentos exigidos conforme RESOLUÇÃO CEPE nº 7.050, de 15 de fevereiro de 2017.

Declaro que estou ciente e concordo com os procedimentos e normas estabelecidas pela Universidade Federal de Ouro Preto para o processo que ora me submeto e que poderei responder administrativa, civil e criminalmente pela falsidade das informações prestadas e da documentação apresentada.

Declaro que não há solicitação de revalidação deste Diploma tramitando em outra Universidade Pública.

Estou ciente que, em nenhuma circunstância, será devolvida a taxa de abertura do processo de revalidação de diploma.

Respeitosamente,

Local e data: _____

Assinatura: _____