**REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO DE REVALIDAÇÃO / RECONHECIMENTO**

**I - DADOS DO REQUERENTE:**

|  |
| --- |
| Nome completo: |
| RG: | CPF: |
| Endereço residencial: |
| nº: | Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| Telefone: | E-mail: |

**II – DADOS DO CURSO A SER REVALIDADO / RECONHECIDO:**

|  |
| --- |
| Nome da Universidade: |
| Nome completo do Curso de origem:  |
| Cidade/Estado: | País: |
| Nível do curso: [ ] Graduação [ ] Mestrado [ ] Doutorado |
| Início do curso: | Conclusão do curso: | Duração total (meses):  |
| Título da dissertação ou da Tese: (para os casos de reconhecimento) |
| Curso ministrado em convênio com instituição brasileira:[ ] não [ ] sim\* |
| \* Se SIM, nome da Instituição brasileira: |

**III – INDICAÇÃO DO CURSO A SER REVALIDADO / RECONHECIDO PELA UFABC**

|  |
| --- |
| Nível do curso: [ ] Graduação [ ] Mestrado [ ] Doutorado |
| Nome completo do curso: |
| Portaria de Reconhecimento do Curso:(ver nome e portaria no site da DRD) |

**IV- TERMO DE ACEITAÇÃO DE COMPROMISSO (datar e assinar)**

Ao Magnífico Reitor da UFABC solicito de V. Sa. Solicito providências no sentido de que seja procedida a análise para efeito de revalidação do meu título estrangeiro, conforme dados constantes no presente Formulário e documentação anexa, responsabilizando-me integralmente pela veracidade das informações fornecidas bem como pela autenticidade da documentação anexada.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Santo André/SP, |  | de |  | de 2017 | Assinatura: |  |