



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DE DIPLOMA STRICTO SENSO

Nome:		
Carteira de Identidade/Órgão Emissor:	Ano:	CPF:
Endereço (rua, avenida, etc.):	N°:	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefones (fixo e/ou celular):	
Instituição de Origem do Diploma::	País:	
Curso:	Ano de Conclusão:	
Título Pretendido:		

O acima qualificado vem requerer ao Magnífico Reitor da UFCG, de acordo com a legislação vigente, o reconhecimento de diploma stricto senso. Declara ter ciência dos termos da resolução nº 12/2007 que disciplinam o processo, e resolução nº 02/2008 que fixa valores, e estar de pleno acordo com esses termos, para efeito de instrução do processo, procedendo à apresentação dos documentos necessários.

Atesta que todas as informações prestadas são verdadeiras e ser de sua inteira responsabilidade a entrega de todos os documentos exigidos, se comprometendo a apresentar originais e cópias que forem posteriormente exigidas no prazo de 10 (dez) dias.

Declara estar ciente e de acordo com os procedimentos e normas estabelecidas pela legislação federal e exigidos pela UFCG para o processo de reconhecimento de diploma, que ora se submete.

Nestes Termos,
Pede Deferimento

Local:

Data:

Assinatura do(a) Requerente/Procurador