**REQUERIMENTO PARA REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO NA UFSCar**

| **Nome requerente:** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Carteira de Identidade nº:** | **Órgão Emissor:** | | **Estado Civil:** | |
| **Endereço (rua, avenida e outros):** | | | **Nº:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** | **CEP:** | |
| **E-mail:** | | **Telefone:** | | |
| **Diplomado em:** | | | | |
| **Instituição:** | | | | |
| **País:** | | | **Ano de Conclusão:** | |
| Solicito à Pró-Reitoria de Graduação a Revalidação de Diploma no Curso de       desta Universidade.  Atesto que todas as informações prestadas são verdadeiras e ser minha a inteira responsabilidade de entrega de todos os documentos exigidos, conforme consta na relação anexa e na Resolução CEPE nº. 02/2004, páginas 3 e 4.  Atesto, também, estar ciente de que na ocorrência de qualquer irregularidade ou ausência de documentos na forma exigida, o processo será automaticamente indeferido e que, em nenhuma circunstância, será devolvida a taxa do processo de revalidação de diploma.  Declaro que estou ciente e concordo com os procedimentos e normas estabelecidas pela Universidade Federal de São Carlos para o processo a que ora me submeto.  Respeitosamente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  Local e Data: | | | | |