

## FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DE DIPLOMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Rua/Av. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ C.E.P. \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, requer o reconhecimento e respectivo registro pela Universidade Metropolitana de Santos do título de \_\_\_\_\_ na área \_\_\_\_\_ conferido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pela \_\_\_\_\_ (IES) localizada em \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ (país) para que tenha validade em todo o território nacional do Brasil.

Estou ciente que posso ser solicitado pela comissão de reconhecimento de diplomas de pós-graduação e/ou Conselho Universitário a fornecer toda e qualquer informações complementares. Estou ainda ciente que a formalização da solicitação reconhecimento de diplomas de pós-graduação não garante o reconhecimento do diploma de pós-graduação, o qual pode ser denegado após avaliação da documentação pela referida comissão.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente