**(doc1)**

**REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DE TÍTULO DO EXTERIOR**

NOME COMPLETO:

NACIONALIDADE:

DATA NASCIMENTO:      /     /

LOCAL DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

Nº DO RG/RNE:       CPF:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:       nº:       complemento:

BAIRRO:       CEP:

CIDADE:       ESTADO:

TELEFONES: (     )      ; (     )

E-MAIL:

TITULAÇÃO OBTIDA: (MESTRE/DOUTOR) EM:

PROGRAMA: EM

ÁREA:

DATA DA TITULAÇÃO:

INSTITUIÇÃO DA TITULAÇÃO:

LOCAL/CIDADE/PAÍS DA INSTITUIÇÃO:

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO/TESE:

PROGRAMA DA UNIP NO QUAL SERÁ FEITO O RECONHECIMENTO:

Eu, acima identificado, venho requerer o reconhecimento do meu diploma, anexando os documentos exigidos por esta Instituição e ciente de que, caso o processo não seja aprovado, não haverá devolução do valor pago.

São Paulo,       de       de      .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente