

FORMULÁRIO

TERMO DE EXCLUSIVIDADE 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