UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

GABINETE DA REITORIA

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

**EDITAL N º 039/2020**

**UEPA PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA EXPEDIDO POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRAS**

**ANEXO II - TERMO DE ACEITAÇÃO DE CONDIÇÕES E COMPROMISSOS**

Eu, (citar nome), nacionalidade (citar a nacionalidade), portador(a) da Carteira de Identidade N.º (colocar número), órgão emissor (citar órgão emissor), residente à rua (citar o endereço) N.º (citar no casa, edifício, apto), bairro (tal), na cidade (citar nome da cidade), Estado (citar Estado), CEP (citar código de endereçamento postal), telefone (citar telefone com DDD), e-mail (correio eletrônico), portador(a) do diploma de graduação em Medicina, nível superior, obtido no(a) [citar nome da Instituição de Educação Superior], localizada na cidade (nome da cidade), (nome do país).

Declaro que aceito as condições das normas da Universidade do Estado do Pará – UEPA que estabelece os procedimentos quanto aos processos de Revalidação de Diplomas de Graduação expedidos por universidades estrangeiras e, também, declaro a autenticidade dos documentos apresentados e que não estou submetendo o mesmo diploma a processo de revalidação em outra instituição concomitantemente, sob pena de indeferimento sumário do processo.

Local, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_