



TERMO DE COMPROMISSO E DE EXCLUSIVIDADE (REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA)

NOME COMPLETO DO REQUERENTE		DATA DE NASCIMENTO
PAÍS E CIDADE DE NASCIMENTO		RG/RNE
ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA FAMILIAR NO PAÍS DE ORIGEM (PAÍS, CIDADE, BAIRRO, CONDOMÍNIO, RUA, Nº, CEP)		
CONTATO NO PAÍS DE ORIGEM		
NOME	TELEFONE	
	()	
ENDEREÇO COMPLETO DA RESIDÊNCIA NO BRASIL (CIDADE, BAIRRO, CONDOMÍNIO, RUA, Nº, CEP)		
CONTATO PRÓPRIO NO BRASIL		
E-MAIL	CELULAR	TELEFONE FIXO
	()	()
NOME DO CURSO A SER REVALIDADO NA UEM		

Eu, portador dos dados acima especificados, declaro os seguintes termos:

1. A Responsabilidade pela veracidade das informações prestadas no Requerimento que originou esta solicitação, sob pena legal, na seara administrativa, civil e/ou criminal pela declaração falsa das informações prestadas e da documentação apresentada.
2. Ciência que a solicitação de Revalidação de Diplomas somente será efetivada, mediante pagamento da taxa correspondente, até a data de vencimento, constante na Guia de Recolhimento (GR-UEM).
3. Declaro assinando o **TERMO DE COMPROMISSO E DE EXCLUSIVIDADE-REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA**, que não requeri revalidação igual e simultânea em outra instituição **revalidadora**. Cumprindo totalmente este termo, entregue no processo de inscrição.
4. Pleno conhecimento da existência das normas específicas da **Revalidação e Reconhecimento de Diplomas**, acessíveis no *site*: **www.daa.uem.br**.
5. Manutenção atualizada dos dados cadastrais junto a Diretoria de Assuntos Acadêmicos (DAA), em especial meu endereço no Brasil, telefone, e-mail e contatos familiares, para fins informativos, institucionais e emergenciais quando for necessário para esta Universidade entrar em contato com o requerente.

Assinatura do Requerente

local e data