**REQUERIMENTO PARA REVALIDAÇÃO DE**

**DIPLOMAS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Eu, , residente na Av./Rua: , nº . Complemento: , Bairro: , Município: , Estado: , País: - C.E.P.: ,

Telefone: . e-mail: .

**DECLARO:** 1) ter sido aprovado do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos Por Instituição de Educação Superior Estrangeira – REVALIDA; 2) aceitar a totalidade das condições e compromissos definidos no Edital nº do ano de , indicando assim ter pleno conhecimento do mesmo; 3) serem autênticas as cópias dos documentos entregues à UFU; 4) não estar submetendo o mesmo diploma a processo de revalidação a outra instituição concomitantemente; e **SOLICITO** a avaliação de documentação para revalidação e respectivo registro pela Universidade Federal de Uberlândia, **no curso de Graduação em Medicina,** **ofertado pela UFU**, para que tenha validade em todo o território nacional do Brasil.

**INFORMAÇÕES DE ORIGEM**

**Curso:** , .

**Grau ou título obtido:** , .

**Conclusão:** , .

**Instituição:** , .

**Cidade:** , - **País:** , .

**Estou ciente que posso ser solicitado pela PROGRAD a fornecer, a qualquer momento durante a tramitação do processo, toda e qualquer informação e/ou documentação complementar.**

**Estou ainda ciente que a formalização da solicitação de revalidação do diploma de graduação em medicina não garante a revalidação do mesmo, e que a solicitação pode ser rejeitada após avaliação da documentação entregue.**

Informe a cidade e a data.

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

Assinatura do(a) requerente