

TERMO DE EXCLUSIVIDADE PARA RECONHECIMENTO DE DIPLOMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO E/OU DOUTORADO)

Nome: _____

Rua/Av. _____ Nº _____

Complemento _____

Bairro _____ Município _____ Estado _____

País _____ C.E.P. _____

Eu, _____, declaro não estar submetendo o mesmo diploma a processo de reconhecimento a outra instituição concomitantemente. Solicito a avaliação de documentação para reconhecimento e respectivo registro pela Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS 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 (mestrado ou doutorado) e/ou Conselho de Pós-Graduação e Pesquisa a fornecer toda e qualquer informação complementar. Estou ainda ciente que a formalização da solicitação de reconhecimento de diplomas de pós-graduação (mestrado e/ou doutorado) não garante o reconhecimento do diploma de pós-graduação (mestrado e/ou doutorado), o qual pode ser denegado após avaliação da documentação pela referida comissão.

Local e data.

Assinatura do requerente