



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

**REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS DE GRADUAÇÃO E RECONHECIMENTO DE
DIPLOMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**

FORMULÁRIO PADRÃO

DADOS DO REQUERENTE

NOME: _____

NACIONALIDADE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

EMAIL: _____ FONE: _____

DADOS ACADÊMICOS

01. Revalidação de diploma de graduação _____

02. Reconhecimento de diploma de pós-graduação *stricto sensu* _____

2.1 Mestrado

2.2 Doutorado

CURSO DE ORIGEM: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM: _____

CURSO PRETENDIDO: _____

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura do Requerente