|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS DA ULISBOA** | | | | |
| Interessado: | | | | |
| Data de nascimento: | | | Nacionalidade: | |
| Identidade: | | Órgão emissor: | | CPF: |
| E-mail: | | | | Telefone: |
| Grau obtido:  ( ) Curso de Mestrado Integrado em Medicina com duração de 6 anos (12 períodos), em vigor após 2009, inclusive.  ( ) Curso de Licenciatura em Medicina (pré-Bolonha) com duração de 6 anos, em vigor até 2008, inclusive.  Ano de conclusão: | | | | |
| Ilmo. Reitor da UFRJ  O abaixo assinado, juntando a documentação exigida e tendo obtido o grau acima indicado, vem mui respeitosamente requerer a V.M. a revalidação do diploma de graduação do curso de Medicina, estando ciente e aceitando as normas e condições estabelecidas no Acordo Bilateral entre a UFRJ e a Universidade de Lisboa.  Nestes Termos, pede deferimento | | | | |
| Data: | Assinatura: | | | |