|  |  |
| --- | --- |
| Resultado de imagem para MINERVA UFRJ | **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****FACULDADE DE MEDICINA****SETOR DE PROTOCOLO**Av. Carlos Chagas Filho 373 bloco K – CEP: 21941-912Rio de Janeiro – RJSetor de Protocolo – sala 22e-mail: protocolo@medicina.ufrj.br |
| **REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA****ACORDO ENTRE A UFRJ E A UNIVERSIDADE DE LISBOA** |

Interessado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão do curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

|  |
| --- |
| 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.Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_Assinatura do interessado |