



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**
UFRJ

**PR-1 PRÓ-REITORIA DE ENSINO
DE GRADUAÇÃO E CORPO
DISCENTE**

Requerimento	Processo nº:	Data:
---------------------	--------------	-------

De:
Para: Diretor da Faculdade de Medicina
Interessado:
Assunto: Revalidação de Diploma de Graduação
Participa do acordo bilateral de reconhecimento e de revalidação de diplomas entre a Universidade de Lisboa e a UFRJ

Senhor Diretor:

Eu, _____
(nome do interessado)

_____, venho através
(nacionalidade) / _____, (naturalidade)

deste, requerer a revalidação de meu diploma obtido na Universidade de Lisboa, a nível de Graduação, na área de Medicina .

Nestes Termos
Peço Deferimento

Assinatura do interessado