Ao presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Saúde Pública da USP

|  |
| --- |
| (Nome do Interessado) , |
| abaixo assinado, nacionalidade , documento de identidade nº |
| , residente na cidade de , estado , |
| à Av./Rua , nº , compl. , |
| Bairro , CEP - , Telefone celular ( ) |
| , ou residencial ( ) , e-mail , |
| tendo concluído o curso de graduação em , |
| em (data de colação de grau) / / , obtido na (instituição) |
| país vem |
| respeitosamente requerer a aceitação de equivalência do título no curso de Especialização em |
| , |
| com vistas a participação no mesmo. |
| Ciente de que a equivalência de título tem validade exclusivamente para fins de matrícula e participação no |
| curso e que não dá direito à atuação profissional em território nacional, uma vez que será reconhecida |
| Unicamente para fins acadêmicos, conforme Portaria PRCEU 33 de 17/10/2017. E ciente de que o curso será ministrado totalmente em Português e o aluno deverá ser fluente tanto na escrita quanto na fala desse idioma. |
|  |
| São Paulo, de de 202 |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura |