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 |