



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

**TERMO DE EXCLUSIVIDADE PARA REVALIDAÇÃO OU
RECONHECIMENTO DE DIPLOMAS DE GRADUAÇÃO**

Nome: _____ RG: _____ CPF: _____

Rua/Av. _____ Nº _____

Complemento _____

Bairro _____ Município _____ Estado _____

País _____ C.E.P _____

Eu, _____, declaro não estar submetendo o mesmo diploma a processo de reconhecimento em outra instituição concomitantemente ao Processo protocolado para revalidação/reconhecimento e respectivo registro pela Universidade Federal da Paraíba. Estou ciente de que posso ser solicitado pela comissão de revalidação/ reconhecimento de diplomas de graduação e/ou pela Pró-Reitoria de Graduação e/ou Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão a fornecer todas e quaisquer informações complementares, que se façam necessárias ao referido processo.

Estou ainda ciente de que, de acordo com a **PORTARIA NORMATIVA Nº 22, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2016/MEC**, poderei responder administrativa, civil e criminalmente pela falsidade das informações prestadas e da documentação apresentada. Declaro, também estar ciente de que a abertura do processo de revalidação/reconhecimento do diplomas de graduação não garante a sua revalidação/reconhecimento, e que este ser denegado, após avaliação da documentação pela Universidade Federal da Paraíba.

Local e Data

Assinatura do requerente

OBS: Reconhecer firma em cartório