

REQUERIMENTO EQUIVALÊNCIA DE ESTUDOS

Ilmo. Sr. Dirigente Regional de Ensino - Diretoria de Ensino da Região de Campinas-Leste

Nome: _____

RG/RNE nº: _____ Data de Nascimento ____/____/____

Cidade de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Telefone (s) para contato: _____

E-mail: _____

Residente: _____ nº _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ CEP: _____, vem requerer Equivalência de

seus estudos realizados no exterior, em nível de conclusão do **ENSINO** _____.

ESTUDOS REALIZADOS:

Ano	Série	Curso	Escola	Cidade - País

Assinatura

Campinas, ____/____/____