

***(Sem timbre )***

# REQUERIMENTO DE EQUIVALÊNCIA DE ESTUDOS

*(para Prosseguimento de Estudos)*

Ilmo. Sr. Diretor da EE

 , RG/RNM: ,

filho de , RG/RNM: ,

nascido(a) em / / , na cidade de ,

Estado/Província País , domiciliado e residente à

 , nº Bairro

cidade de Estado de CEP , fone

 , mediante estudos realizados no(a)

 (*País*) no período de à e pretendendo prosseguir estudos no Sistema Brasileiro de Ensino requer, assim, à Vossa Senhoria o reconhecimento destes estudos para fins de matrícula no(a) (*ano/série/termo*), do Ensino (*Fundamental/Médio*).

 , de de

*Assinatura do Requerente/responsável*