REQUERIMENTO PARA EQUIVALÊNCIA DE ESTUDOS

ILMO. SR. DIRIGENTE DE ENSINO DA DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE CAMPINAS OESTE

 , PORTADOR(A) DO RG , FILHO(A) DE E DE

(Cédula Identidade/RNM/RNE/CRNM) (Nome do Pai)

 NASCIDO(A) EM / / ,

(Nome da Mãe)

NATURAL DE , ESTADO , PAÍS ,

(Cidade em que nasceu)

DOMICILIADO(A) E RESIDENTE À , Nº ,

(Endereço Residencial Atual)

COMPLEMENTO , BAIRRO , CIDADE ESTADO , FEZ OS SEGUINTES ESTUDOS:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANO** | **SÉRIE** | **CURSO** | **ESCOLA** | **CIDADE** | **PAÍS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

INTERESSANDO PROSSEGUIR SEUS ESTUDOS NO SISTEMA BRASILEIRO DE ENSINO, SOLICITA A VSª O RECONHECIMENTO DA EQUIVALÊNCIA DOS REFERIDOS ESTUDOS FEITOS NO EXTERIOR EM NÍVEL DE CONCLUSÃO DO ENSINO .

Fundamental ou Médio

CAMPINAS, DE DE 20 .

Assinatura do Interessado

**INFORMAÇÕES PARA CONTATO**

**E-MAIL:**

**TEL RECADO: ( )**

**TEL: ( )**