

**REQUERIMENTO DE EQUIVALÊNCIA DE ESTUDOS**

Ilma. Sra. Dirigente Regional de Ensino  
Débora Gonzalez Costa Blanco  
Diretoria de Ensino – Região São Carlos

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/RNE/RNM: \_\_\_\_\_, Filho de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado/Província \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_, atualmente morando no  
endereço: \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
mediante estudos realizados no(a) país: \_\_\_\_\_ no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e pretendendo a **Equivalência de estudos no Sistema Brasileiro de Ensino** requer, assim, à Vossa Senhoria o reconhecimento para fins de conclusão do Ensino \_\_\_\_\_.

Informo que realizei os seguintes estudos: *(inserir somente os 3 últimos anos de estudos, correspondentes ao Ensino Médio no Brasil)*

ANO	SÉRIE	ESCOLA	CIDADE/PAÍS

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Requerente/responsável legal*