

TERMO DE ACEITAÇÃO/COMPROMISSO

Eu, _____,
CPF nº _____, declaro que aceito as condições estabelecidas no
Regulamento para Reconhecimento de Diplomas de Mestre e Doutor Expedidos por Instituições de Ensino
Superior Estrangeiras, da Universidade de Uberaba, e que não há outra solicitação de reconhecimento do
mesmo diploma em qualquer outra instituição de ensino superior nacional ou internacional.

Firmo, ainda, a autenticidade dos documentos apresentados.

Uberaba, _____ de _____ de _____.

assinatura

Atenção! Reconhecer firma em cartório.