



Universidade Federal de Alfenas

TERMO DE EXCLUSIVIDADE

PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA – REVALIDA

Nome: _____

CPF nº: _____

Declaro, sob as penas da lei, que não estou submetendo o mesmo diploma de graduação em Medicina, expedido por Instituição de Educação Superior Estrangeira, a processo de revalidação em outra instituição concomitantemente, que ora apresento à Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

[Cidade] _____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Requerente