



**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_

Passaporte/RNE nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_

pós-graduando(a) pelo programa de Pós-graduação em \_\_\_\_\_

desta \_\_\_\_\_, nível \_\_\_\_\_, desta

Universidade, declaro que não exercerei atividades profissionais no Brasil, sem antes proceder o

reconhecimento do meu título de graduação em \_\_\_\_\_

expedido pela \_\_\_\_\_

conforme parecer CNE/CES nº 412/2011.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura

<sup>1</sup> - Título obtido na Graduação.

<sup>2</sup> - Nome da Instituição de Ensino Superior

OBS: O estudante deverá reconhecer a firma da assinatura