Fundação Universidade Federal de Rondônia
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Campus Universitário José Ribeiro Filho
Br. 364 - KM 9,5 – Sentido Rio Branco- AC – Zona Rural – Caixa Postal: 295
CEP: 76.801-059 – Porto Velho/RO - Tel: (69)2182 2185 – e-mail: dirca@unir.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS – REVALIDA/2022.1

Para garantir a validade do ato de Revalidação do Diploma Médico em todo território brasileiro, eu_____portador(a) da Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro nº_____, órgão expedidor_____, em _____/_____/_____ CPF nº_____, nacionalidade_____, natural de _____, residente à rua_____nº_____, complemento_____, bairro_____,Município_____,UF _____, Portador(a) do Diploma Médico expedido pela_____ em_____/_____/_____, país_____,atesto para fins de Registro de Revalidação de Diploma junto a Fundação Universidade Federal de Rondônia, que as informações por mim prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros.

Atesto ainda que o Diploma foi expedido por instituição reconhecida no país de origem pelo Ministério da Educação ou órgão equivalente e que obedece as exigências legais do país.

Ao assinar o presente termo estou ciente que sou responsável pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados e por todas as informações prestadas, sob pena de responder por crime de falsidade ideológica e/ou outros enquadramentos da Lei.

_____
Local e data

_____
Assinatura do diploma igual a cédula de identidade
Este documento deve ser impresso e preenchido antecipadamente, **mas assinado na presença do(a) servidor(a)**
No caso de entrega via procurador a assinatura deverá ser **reconhecida em Cartório**