TERMO DE ACEITAÇÃO DE CONDIÇÕES E COMPROMISSOS E EXCLUSIVIDADE

Eu, XXXXXXXXXXXXXX , CPF Nº XXXXXXXXXX , declaro estar ciente e de acordo com os procedimentos e normas estabelecidas pela UNIPAMPA para o processo de revalidação/reconhecimento de títulos de pós-graduação emitidos por instituições estrangeiras, que estou formalizando.

Declaro a autenticidade de todos os documentos apresentados e informações prestadas e atesto ser de minha inteira responsabilidade a entrega de todos os documentos exigidos no decorrer do processo de revalidação/reconhecimento.

Declaro que não ingressei com solicitação de reconhecimento deste título em outra instituição concomitantemente.

Declaro estar ciente:

- dos prazos definidos em resolução da Unipampa;

- que o não cumprimento de diligência destinada à complementação de documentação no prazo assinalado pela Unipampa ensejará o indeferimento do pedido

- que o pagamento da taxa para processo de revalidação/reconhecimento estipulada pela UNIPAMPA é condição necessária para abertura do processo e emissão do protocolo;

- que o prazo de 180 dias para conclusão do processo de revalidação inicia a contagem a partir da data de emissão do protocolo.

- que é vedada a apresentação de requerimentos de revalidação ou reconhecimento iguais e simultâneos em mais de uma instituição revalidadora/reconhecedora.

- da legislação que regulamenta este processo: Resolução CNE/CES 003, de 22 de julho de 2016 e Portaria Normativa nº 22 de 13 de dezembro de 2016, do Ministério da Educação;

Data:

Assinatura (reconhecer firma em cartório)