



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

EXMO.(A) SR.(A) PRESIDENTE
CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO/RS

Nome		Nacionalidade
Endereço (Rua e nº, apto.,		
Bairro	Cidade	CEP
Vem, respeitosamente, requerer:		
<input type="checkbox"/>	Declaração de equivalência de seus estudos cursados no exterior ao Ensino Médio	
<input type="checkbox"/>	Revalidação de seu Diploma (Certificado de Conclusão) do curso:	
	Pais	

Termos em que
Pede Deferimento

Lugar	Data
-------	------

Assinatura

Contatos		Autorização para retirar o Parecer	
Telefone	Residencial		Nome completo
	Comercial		RG/RNE/Passaporte
	Celular		Telefone
E-mail			

Recebido	<input type="checkbox"/> CRE – <input type="checkbox"/> CEEEd
Data	Rubrica do Funcionário