



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
CONSELHO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL



REQUERIMENTO

Senhor Presidente do Conselho de Educação do Distrito Federal,

(nome completo do(a) interessado(a))

natural de _____, _____
(cidade) (estado ou província)

_____, de nacionalidade _____, residente no (a)
(país)

(endereço completo no Distrito Federal)

CEP _____, telefones: fixo: _____/celular: _____,

e-mail: _____

vem solicitar, nos termos da Resolução nº 1/2019 do Conselho de Educação do Distrito Federal, para fins, entre outros, de prosseguimento de estudos em nível superior, a declaração de equivalência de estudos realizados/concluídos, no ano de _____, na(o) _____

(instituição educacional)

_____, _____, _____
(cidade) (estado ou província) (país)

Como comprovante serão anexados os documentos nos termos da Resolução nº 1/2019-CEDF.

Declaro estar ciente de que pode ser solicitada a complementação da documentação, ficando o processo sobrestado até que todos os documentos sejam apresentados, nos termos do Art. 5º da Resolução nº 1/2019-CEDF.

Nestes termos, pede deferimento.

Brasília, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do requerente ou representante legal)

(nº do documento de identificação)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
CONSELHO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL



Cômputo de horas realizadas no exterior

Carga Horária Diária:

Horário de **início** das aulas: _____ Horário de **término** das aulas: _____

Tempo de **intervalo** (minutos): _____ Tempo de **almoço** (minutos): _____

Observação: _____

Carga Horária Semanal: dias da semana com aula

() domingo () segunda-feira () terça-feira () quarta-feira () quinta-feira () sexta-feira () sábado

Observação: _____

Carga Horária Semestral/Anual (Quantitativo de semanas letivas):

Início das aulas no semestre/ano letivo: _____ / _____
(Semana/Mês)

Término das aulas no semestre/ano letivo: _____ / _____
(Semana/Mês)

Período de **férias**: De _____ / _____ a _____ / _____.
(Semana/Mês) (Semana/Mês)

Semana de **recesso**: De _____ / _____ a _____ / _____.
(Semana/Mês) (Semana/Mês)

Observação: _____

Declaro para fins de direito, sob as penas de lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Brasília, _____ de _____ de _____.

(Nome do requerente ou representante legal)

(Assinatura)

Funcionário responsável pelo atendimento ao requerente:

Data: _____ / _____ / _____

(Nome/Matrícula)

(Assinatura)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
CONSELHO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(Documento de preenchimento obrigatório, apenas quando o requerente não apresentar comprovante de residência em seu nome, no Distrito Federal.)

Declaro, para fins de prova, junto ao Conselho de Educação do Distrito Federal, tendo em vista o processo de pedido de equivalência de estudos de nível médio realizados no exterior, que resido no Distrito Federal, no seguinte endereço:

(Endereço completo no Distrito Federal)

CEP _____.

Declaro, ainda, estar ciente de que a **falsidade de informação está sujeita às penas da legislação pertinente**, conforme Lei nº 4.225-DF, de 24 de outubro de 2008.

Brasília, ____ de _____ de _____.

(Nome do requerente ou representante legal)

(Assinatura)