



Ao
Professor Doutor
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP

_____,
abaixo assinado, nacionalidade _____, documento de identidade nº
_____, residente na cidade de _____, estado _____,
à Av./Rua _____, nº _____, compl. _____,
Bairro _____, CEP _____-_____, Telefone celular ()
_____, ou residencial (____) _____, e-mail _____,
tendo concluído o curso em ____/____/____, de (mestre/doutor)
_____, em (área) _____, obtido na
(instituição) _____, país _____, vem
respeitosamente requerer a *aceitação de equivalência* do título no Programa de Pós-Graduação
em (área) _____, área de concentração
_____, com vistas à participação no
(concurso/doutorado) _____.

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Assinatura