**TERMO DE EXCLUSIVIDADE**

Eu, **(NOME)**, RG nº**(NÚMERO DO DOCUMENTO)**, declaro aceitar espontaneamente as condições e compromissos decorrentes das normas federais e institucionais necessários à tramitação, no âmbito da UFPB, do processo de reconhecimento do diploma estrangeiro de **(MESTRADO/DOUTORADO)** em **(ÁREA DE ESTUDO)** expedido em meu nome pela **(NOME DA UNIVERSIDADE)**.

Declaro, também, a veracidade e idoneidade dos documentos por mim apresentados no referido processo, conforme o disposto no Art. 9º da Portaria Normativa nº 22/2016 do Ministério da Educação.

Declaro, ainda, não ter, em outra instituição, processo de reconhecimento do diploma de **(MESTRADO/DOUTORADO)**, expedido em meu nome pela **(NOME DA INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA)**, em **(ÁREA DE ESTUDO)**, conforme o disposto no Art. 53 da Portaria Normativa nº 22 do Ministério da Educação. Declaro, ainda, ter total ciência da sanção penal cabível (Art. 299 do Código Penal Brasileiro) caso falte com a verdade nas informações aqui apresentadas.

João Pessoa, **(DATA)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(NOME DO REQUERENTE)**