

**TERMO DE RETIRADA DE DIPLOMA(S)/  
ATESTADOS**

Eu, (nome e sobrenome) \_\_\_\_\_, portador do RG n°  
\_\_\_\_\_ autorizo a retirada do \_\_\_\_\_ (especificar diploma ou atestado)  
sessão (mês e ano da sessão) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, pelo Sr/ Sr.a \_\_\_\_\_  
(nome completo) portador(a) do RG/CPF/Passaporte n° \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023  
(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Candidato.a)