

**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)