

## TERMO DE RETIRADA DE DIPLOMA(S)

Eu, (nome e sobrenome) \_\_\_\_\_, portador do RG nº

\_\_\_\_\_ autorizo a retirada do Diploma \_\_\_\_\_ (DELF/DALF) nível \_\_\_\_\_

sessão (mês e ano da sessão) \_\_\_\_/\_\_\_\_.

O referido documento será retirado pelo(a) Sr./Sra.

\_\_\_\_\_

(nome completo) portador(a) do RG/CPF/Passaporte nº \_\_\_\_\_.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Candidato.a)