

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN**

(A completar por el alumno)

Sr./Sra. Director/a Instituto Superior de Formación Docente y/o Técnica N° .....

Profesor/a: .....

El que suscribe, ..... DNI N° .....

alumno/a de ..... año de la carrera .....

solicita se le reconozca equivalencia de estudios de la/s asignatura/s que se detallan a continuación.

Materia/s solicitada/s por equivalencia:

1-	12-
2-	13-
3-	14-
4-	15-
5-	16-
6-	17-
7-	18-
8-	19-
9-	20-
10-	21-
11-	22-

Adjunta a la presente la solicitud individual, el programa debidamente autenticado y el certificado o constancia que acredita su aprobación.

..... de ..... de .....

Firma del alumno/a

Recibido .....

Sello del Establecimiento

Firma y sello aclaratorio del Secretario/a