

Subsecretaría de Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN
DOCENTE y/o TÉCNICA N°

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