**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN**  **DOCENTE y/o TÉCNICA Nº** .......

# SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. POR ASIGNATURA

(A completar por el alumno, una por asignatura)

Corresponde al alumno/a .................................................................................................................................

El que suscribe, alumno/a de ........... año de la carrera .................................................…………………… ………............................…………………………. solicita se le reconozca equivalencia de estudios de la siguiente asignatura aprobada en ....................... año de la carrera ……..............................................................................

………………………………………………………………en el año .………...........

Materia aprobada Materia a reconocer por equivalencia ...................................................... ......................................................

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

............................................

.................. de .................. de .................. Firma del alumno/a

# A completar por el profesor

Considero que debe concederse la equivalencia

Considero que debe concederse equivalencia parcial

No debe concederse

Fundamentación

.........................................,...............

............................................ de ................................ de ............ Firma del profesor/a

Notificación del alumno/a ........................................…….

............................................ Sello Firma y sello aclaratorio del establecimiento del Director/a