

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA POR ASIGNATURA

(A completar por el alumno, una por asignatura)

Alumna/o: _____ D.N.I. N° _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

Correo Electrónico:

Carrera y curso para los cuales solicita equivalencia: _____

Asignatura aprobada (Escribir como figura en el analítico)	Calificación	Carrera / Curso	Establecimiento	Fecha de Aprobación (día/mes/año)	Asignatura a reconocer (como figura en el plan de estudios)

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

Fecha _____ Firma del/la Alumno/a _____

Emisión del criterio del/la Profesor/a del Establecimiento:

Considero que no debe concederse. **DENEGADA**.....

Considero que debe concederse la equivalencia **TOTAL**. **APROBADA**... . Calificación:(.....)

Considero que debe concederse equivalencia **PARCIAL**.El/la Alumno/a completará contenidos de acuerdo al criterio emitido, forma y plazo, el 30 / 06 / 2019:

Fecha _____ Firma del/la Profesor/a: _____

Emisión de criterio del/la Director/a del Establecimiento:

Fecha _____ Firma del/la directora/a _____

EQUIVALENCIA DENEGADA		EQUIVALENCIA APROBADA		TOTAL		Calificación definitiva:
				PARCIAL		Calificación definitiva:

Notificado fecha:

Firma del/la Alumno/a