

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA
(sólo para completar por la/el alumna/o)

Alumna/o:	DNI N°:		
Domicilio:	Tel:		
Correo electrónico:			
Institución de la cual proviene:			
Carrera de la cual proviene:			
Carrera para la cual solicita la equivalencia:			
COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO CON LA INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO ANALITICO SOLICITADO Y EL PLAN DE ESTUDIOS			
Asignatura aprobada	Calificación	Fecha	Asignatura solicitada

FECHA

FIRMA DEL ALUMNO

ACREDITACION Y/O RESPUESTA A LA SOLICITUD DE EQUIVALENCIA
(sólo para completar por la/el profesora/sor)

Equivalencia DENEGADA

Criterios considerados por el docente:

.....

.....

.....

Equivalencia TOTAL APROBADA. Calificación (.....)

Equivalencia PARCIAL. La/el alumna/o realizará los contenidos solicitados por la/el docente hasta junio del año en curso. El /la docente adjuntará a la planilla de equivalencia (solicitud) la actividad requerida con su secuenciación y fechas de entrega. Si el alumno desaprueba puede optar por seguir o no cursando la asignatura como alumno regular.

Calificación..... (.....)

FECHA

FIRMA DEL DOCENTE

ACREDITACIÓN FINAL

(sólo para completar por Dirección)

Criterios considerados por Dirección (opcional):

.....

.....

Equivalencia DENEGADA		Equivalencia APROBADA		Equivalencia TOTAL Calificación definitiva		Equivalencia PARCIAL Calificación definitiva	
------------------------------	--	------------------------------	--	---	--	---	--

FECHA/...../.....

FIRMA DEL DIRECTIVO

FECHA y FIRMA DEL ALUMNO (Notificación de la calificación de la Equivalencia)