**SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS RESUMEN**(A completar por el alumno)

Sra. Directora del Instituto Superior de Formación Docente N°34

Prof. Carina Garbezza

El que suscribe……………………………………………………………….. DNI N°…………………………. alumno/a de……..… año de la carrera…………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………… solicita se le reconozcan las equivalencias de estudios de la/s asignatura/s que se detallan a continuación.

**Materia/s solicitada 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 solicitud/es individual/es, programa/s debidamente autenticado/s y analítico o constancia que acredita su aprobación.

El Palomar,……… de…………….. de 20………. Firma del alumno …………………………………

Recibido ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sello del Establecimiento ……………………………………………………………..
 Firma y sello de la secretaria