

***DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR***

###### *INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN*

 ***DOCENTE Nº 103***

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA 2024**

(A completar por el/la estudiante)

Sra. Directora Instituto Superior de Formación Docente N° 103

El/la que suscribe, ……………………………………………….…………………..estudiante de la carrera……… ……..….................., solicita se le reconozca equivalencia de estudios de las siguientes asignaturas aprobadas ,para poder cursar la carrera……………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Materia a reconocer por equivalencia | Materia curricular que presenta  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Adjunta a la presente solicitud la siguiente documentación:……………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………

 Firma del alumno/a

**Observación:** Solicitamos leer atentamente los cuadros de equivalencias que se informan en la pagina

Fecha: ……….…/……………/……………

INCOMPLETA

COMPLETA

Documentación presentada

Recibido por………….......................... ..................................