

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA POR UNIDAD CURRICULAR**

(A completar por el/la estudiante por cada materia)

Quien que suscribe …………………………………..estudiante de……………. año de la Carrera Profesorado de

……………………………………………………………………………………………………………………….

Solicita se le reconozca equivalencias de estudios de la siguiente unidad curricular acreditada a en ……………año del Profesorado de ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….. ……………………………………………………….

 Unidad Curricular Acreditada Unidad Curricular a reconocer por Equivalencia

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

 La Plata,……………de………………. ………………………………….

 Firma del Estudiante

**A completar por el Profesor/a (Marca con X)**

Considero que debe concederse la Equivalencia de forma Automática

Considero que debe concederse la Equivalencia de forma Total

Considero que debe concederse la Equivalencia en forma Parcial

Considero que NO debe concederse la Equivalencia

**Fundamentación:**

**-**

**-**

**-**

La Plata...........de ................................de 202.... ...............................................

 Firma del Profesor/a

Notificación del Estudiante......................................................

 ………………………………………………… ………………………………………………..

 Sello del Establecimiento Firma y sello aclaratorio del Director/a