



Provincia de Entre Ríos

CONSEJO GENERAL DE EDUCACION

RESOLUCIÓN N°

4967

C.G.E.

Expte. Grabado N° (2345870).-

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

Sr/a Rectora/a del/la _____, de _____ de 20____

Prof. _____

De mi mayor consideración

Por la presente, el que suscribe, DNI N° _____, estudiante de la carrera de _____, se dirige a usted a los efectos de solicitar EQUIVALENCIA de las unidades curriculares que a continuación se detalla, y a cuyos efectos acompaño certificado/s de materia/s aprobada/s y programa/s autenticados.-

Asignatura aprobada en lugar de origen	Nota		Institución donde aprobó la asignatura	Unidad curricular por la que solicita equivalencia	curso que corresponde
	N°	Letras			

Firma del Estudiante

PASE la presente solicitud a el/los docentes de la Cátedra:

Prof. _____

a los efectos de consideración y elaboración del informe académico respectivo.

Sello de la Institución

Firma de Autoridad Institucional

Fecha: _____

del.