



**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA- POR ASIGNATURA**

*(A completar por la/el estudiante, una por asignatura)*

El que suscribe \_\_\_\_\_

estudiante de \_\_\_\_\_ año de la carrera \_\_\_\_\_

Espacio curricular aprobado \_\_\_\_\_

Espacio curricular a reconocer por equivalencia \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA- POR ASIGNATURA**

*(A completar por el/la docente o equipo de cátedra)*

Ante el pedido realizado, considero que debe concederse

- Equivalencia Total
- Equivalencia Parcial
- Equivalencia Denegada

**Fundamentación**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

San Nicolás de los Arroyos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN  
DEL/LA DOCENTE

NOTIFICACIÓN Y ACLARACIÓN  
DEL/LA ESTUDIANTE

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA Y SELLO ACLARATORIO  
DEL/LA DIRECTIVO