Sra. Rectora

ISFD “PAG”

Prof. Beatriz Tartaglino

S / D

El/La que suscribe solicita a usted tenga a bien resolver se me apruebe/n por **EQUIVALENCIA** la/s unidad/es curricular/es cursada/s y aprobada/s en:

**INSTITUCIÓN: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**CARRERA: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**LOCALIDAD: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**PROVINCIA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDAD/ES CURRICULAR/ES APROBADA/S** | **UNIDAD/ES CURRICULAR/ES EQUIVALENTE/S** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CARRERA QUE CURSO EN EL ISFD “PAG”:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Paso de los Libres, Corrientes,………./………./……….

**Firma: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Aclaración (Nombres y Apellidos Completos):**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**DNI Nº:**

 **………………………………………………………………………………………………………………………………………….............**

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA DAR CURSO AL TRÁMITE:**

* Certificado analítico de la/s unidad/es curricular/es aprobada/s expedido por la institución de la que proviene debidamente firmado y sellado por la autoridad institucional.
* Programa/s de la/s unidad/es curricular/es aprobada/s expedido por la institución de la que proviene. (En caso de fotocopias, las mismas deben decir “ES COPIA” y estar selladas y firmadas por la autoridad de la institución)