Lugar y fecha:

Apellido y nombre del estudiante:……………………………………………………………. DNI:…………………………..

Carrera IFDC General Roca:……………………………………………………………… E-mail:……………………………………………………………………………………….

Teléfono:……………………

*Tener en Cuenta: Según Resolución N° 100/25 de la DES en su Artículo N° 2: Establecer que la unidad curricular solicitada por equivalencia no debe superar los diez años de aprobación.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASIGNATURA APROBADA EN INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | **CALIFICACIÓN OBTENIDA EN EL EXAMEN FINAL/****AÑO DE APROBACIÓN**  | **ESPACIO CURRICULAR PARA EL QUE SOLICITA EQUIVALENCIA** | **ESTADO (a completar por secretaría)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se adjuntan la cantidad de copias certificadas de los programas correspondientes.