

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACION
DIRECCION DE FORMACION DOCENTE
Escuela Normal Superior N° 10 "Juan Bautista Alberdi"

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ASIGNATURAS POR EQUIVALENCIAS

CABA, ____ de _____ de 20__

Sra Rectora:

Quien suscribe _____

DNI _____ alumna/o regular de la carrera del Profesorado de Educación _____

se dirige a usted a los efectos de solicitarle tenga a bien considerar, por la vía que corresponda, el reconocimiento de las asignaturas por equivalencias de acuerdo al siguiente detalle:

INSTITUCION DE ORIGEN _____

CARRERA _____

Asignatura aprobada en Institución de origen		Equivalencia solicitada
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	
	folio	

Se adjunta certificado de materias aprobadas y programas legalizados de las asignaturas presentadas para la solicitud de equivalencias.

Saluda atentamente.

Firma y aclaración del solicitante