



SOLICITUD DE EQUIVALENCIA 20____

Sra. Directora de la Escuela Municipal de Arte Dramático "Angelina Pagano"

Prof. _____

El/la que suscribe _____ DNI: _____

Estudiante de _____ año de la carrera _____

Solicita se le reconozca equivalencia de:

Asignatura aprobada: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____ **Año: 20** _____

Asignatura solicitada: _____ **Carrera:** _____ **Curso:** _____ **Año: 20** _____

Adjunto ambos programas autenticados y certificado analítico o constancia (ficha del alumno), que acredita su aprobación. Declaro conocer el Plan de Estudios, Régimen de Correlatividades de la carrera y Régimen de Equivalencias (según Resolución 4043/09 y Disposición 107/10).

Mar del Plata ____ de _____ de 20 ____

Firma del estudiante

LA EQUIVALENCIA FUE:

APROBADA

TOTAL

PARCIAL

DENEGADA

(Tache lo que no corresponda)

Fundamentación del profesor: _____

Equivalencia parcial:

Fecha: ____/____/____ Unidad Temática: _____ Contenido: _____

Actividad: _____

Fecha: ____/____/____ Unidad Temática: _____ Contenido: _____

Actividad: _____

Fecha final: ____/____/____

Mar del Plata ____ de _____ de 20 ____

Emisión criterio definitivo del docente: _____

Firma Fecha: ____/____/____

Emisión criterio de Regente: _____

Firma Fecha: ____/____/____

Emisión criterio de Director/a: _____

Firma Fecha: ____/____/____

Notificación de la/el Estudiante _____ Firma

Fecha: ____/____/____