



**emad**

## **SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN**

(A completar por la/el estudiante)

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

Profesor/a: .....

El que suscribe, .....DNI N°.....

estudiante de ..... año de la carrera .....

solicita se le reconozca equivalencia de estudios de la/s asignatura/s que se detallan a continuación.

Materia/s solicitada/s por equivalencia:

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1- .....  | 1- .....  |
| 2- .....  | 2- .....  |
| 3- .....  | 3- .....  |
| 4- .....  | 4- .....  |
| 5- .....  | 5- .....  |
| 6- .....  | 6- .....  |
| 7- .....  | 7- .....  |
| 8- .....  | 8- .....  |
| 9- .....  | 9- .....  |
| 10- ..... | 10- ..... |
| 11- ..... | 11- ..... |

Adjunta a la presente la solicitud individual, el programa debidamente autenticado y el certificado o constancia que acredita su aprobación.

..... de ..... de .....

.....  
Firma del alumno

Recibido .....

Sello del establecimiento

.....  
Firma y sello aclaratorio del Equipo Directivo