



Dirección General de  
Cultura y Educación  
Gobierno de la Provincia  
de Buenos Aires

Subsecretaría de Educación

A14

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN**  
**DOCENTE y/o TÉCNICA N° .....**

## **SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN**

(A completar por el alumno)

Sr./Sra. Director/a Instituto Superior de Formación Docente y/o Técnica N° .....

Profesor/a: .....

El que suscribe, ..... DNI N° .....  
alumno/a 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- .....  | 12- ..... |
| 2- .....  | 13- ..... |
| 3- .....  | 14- ..... |
| 4- .....  | 15- ..... |
| 5- .....  | 16- ..... |
| 6- .....  | 17- ..... |
| 7- .....  | 18- ..... |
| 8- .....  | 19- ..... |
| 9- .....  | 20- ..... |
| 10- ..... | 21- ..... |
| 11- ..... | 22- ..... |

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/a

Recibido .....

Sello  
del establecimiento

.....  
Firma y sello aclaratorio  
del Secretario/a