



Villa María, ____ de ____ de ____.

Datos del Alumno a completar por OFICINA de ALUMNOS

Carrera: _____ Legajo N°: _____ de UTN-FRVM D.N.I. N°: _____

Apellido y Nombres: _____ Proveniente de (Institución) _____

Legajo N°: _____ Carrera: _____ Duración: _____ años.

Solicita Equivalencia de (Asignatura) _____ Horas: ____ Nivel: ____ de UTN-FRVM

| Por la/s siguiente/s Asignatura/s (de Inst. procedente) | Estado (Regular/Aprobada) | Nota | Año Aprob. | Carga horaria / Total |
|---|---------------------------|------|------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Recibido, ____ / ____ / ____.

Firma del Dpto.

Aclaración o Sello

Datos a completar por el DOCENTE de la CÁTEDRA

Visto la documentación adjunta correspondiente a la/s materia/s antes descripta/s y de acuerdo con lo establecido en el reglamento y plan de estudios, se recomienda:

☐ **Otorgar** equivalencia. **Sin condicionamiento** de pruebas de complemento.

☐ **Otorgar** equivalencia. **Prevía aprobación** prueba de **complemento** sobre los siguientes temas: _____

☐ **No otorgar** equivalencia.

Villa María, ____ / ____ / ____.

Firma del Docente

Aclaración o Sello

Conformidad del DIRECTOR de CARRERA

Villa María, ____ / ____ / ____.

Firma del Director

Sello

Recepción de OFICINA de ALUMNOS

Recibido, ____ / ____ / ____.

Firma de Oficina de Alumnos

Aclaración o Sello

☐ **Requiere Elevación al Consejo Directivo**, en próxima Sesión con fecha estimada: ____ / ____.