

Subsecretaría de Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE y/o TÉCNICA Nº

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN (A completar por el alumno/a)

Sr./Sra. Director/a Instituto Superior de Formación Docente y/o Técnica N°		
Profesor/a:		
El que suscribe,	DNI N°	
alumno/a de		
Solicità se le reconozca equivalencia de estudios de la	a/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	
udi establecimiento	uci Ocoletailu/a	



Subsecretaría de Educación

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE y/o TÉCNICA Nº

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. POR ASIGNATURA (A completar por el alumno, una por asignatura)

Corresponde al alumno/a		
El que suscribe, alumno/a de año de la carrera		
	a se le reconozca equivalencia de estudios de la siguiente	
asignatura aprobada en año de la carreraen el año		
Materia aprobada	Materia a reconocer por equivalencia	
Adjunta a la presente el programa debidamente autenticado y el certificado o constancia que acredita su aprobación.		
de de	Firma del alumno/a	
A completar por el profesor		
Considero que debe concederse la equivalencia		
Considero que debe concederse equivalencia parcial		
No debe concederse		
Fundamentación		
(Escriba aquí)		
de de	Firms del professorio	
de de	Firma del profesor/a	
Notificación del alumno/a		
Sello	Firma y sello aclaratorio	
del establecimiento	del Director/a	