



FORMULARIO DE SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

Sr. Rector: _____
Del Instituto de Formación Superior Técnica N.º 7
Su despacho.-

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DNI: _____ **LEGAJO:** _____ **AÑO DE INGRESO:** _____

DOMICILIO: _____ **TELÉFONO:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Se dirige a Ud. a efectos de solicitarle el reconocimiento de la asignatura por equivalencia que a continuación se detalla:

Materia a reconocer en IFTS N.º 7: _____

Materia aprobada en la otra institución: _____

Carrera de la que proviene: _____

Institución de origen: _____

A los fines pertinentes se adjunta:

- Programa de la asignatura autenticada por la institución de origen y legalizada por el organismo pertinente.
- Análítico de materias aprobadas legalizado.
- Otros (especificar): _____

N.º de folios presentados: _____	Originales: _____	Copias: _____
----------------------------------	-------------------	---------------

Firma: _____

Notificación del alumno: Aclaración: _____

Lugar y fecha: _____

OTORGAMIENTO DE EQUIVALENCIAS. En el proceso de otorgamiento de equivalencias la Secretaría Académica tendrá la facultad de requerir al/la estudiante una evaluación complementaria en aquellos casos en que la diferencia de contenidos sea inferior al setenta por ciento (70%). Una vez finalizado el proceso, la equivalencia deberá ser integral, no pudiéndose dar por aprobada una parte del espacio curricular y obligarse a cursar el resto de los contenidos.

RESOLUCIÓN

Luego de la lectura y análisis de la documentación presentada se resuelve que la solicitud de equivalencia es:

ACEPTADA

RECHAZADA

FUNDAMENTACIÓN DOCENTE: _____

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO: _____

Lugar y fecha: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____

Firma de autoridades:

Firma: _____

Notificación del alumno: Aclaración: _____

Lugar y fecha: _____