



Instituto Superior del Profesorado de Salta N° 6005

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN**

(A completar por el alumno/a)

Sr./Sra. Director/a Instituto Superior de Formación Docente y/o Técnica N° 6005.

Profesor/a: Jorge Leonardo Pistán

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- ..... | 7- .....  |
| 2- ..... | 8- .....  |
| 3- ..... | 9- .....  |
| 4- ..... | 10- ..... |
| 5- ..... | 11- ..... |
| 6- ..... | 12- ..... |

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

Sello  
del establecimiento

.....  
Firma