

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE Y TÉCNICA Nº 57 “JUANA PAULA MANSO”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ISFDyT N° 57 - 2025**  **Formulario A14** |

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN**

**Sra. Directora Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N° 57 “Juana Paula Manso”**

**Profesora: Ana María Wyrley - Birch**

La/ El que suscribe, ………………………………………………………………… DNI N° ……………………. alumna/o 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.

............................................  
Chascomús, ...... de ........................ de 2025 Firma del alumno

Recibido ..…………………………………………………………………….......................................

......................................................................

Sello del establecimiento Firma y sello aclaratorio del Director / Secretario

*A completar por el alumno.*