



**Provincia de Entre Ríos**  
**CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN**

**5.-FORMULARIO DE SOLICITUD DE EQUIVALENCIA**

Sr/a Rector/a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Por la presente, el/la que suscribe, \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_

- se dirige a usted a los efectos de solicitar EQUIVALENCIA de las unidades curriculares que a continuación se detalla, y a cuyos efectos acompaño certificado/s de unidad/es curricular/es aprobada/s y programa/s autenticados.

*cuuf*

Institución donde aprobó la unidad curricular	Diseño curricular Resolución N°	Validación Nacional N°:	Cohorte	Unidad Curricular aprobada en lugar de origen	Nota		Unidad curricular por la que solicita equivalencia	Año de cursado
					N°	Letras		

\_\_\_\_\_  
Firma del/ de la Estudiante

PASE la presente solicitud a el/la, los/as docente/s de la Cátedra:  
\_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ a los efectos de consideración y elaboración del informe académico respectivo.

\_\_\_\_\_  
Sello de la Institución

\_\_\_\_\_  
Firma de Autoridad Institucional

Fecha: \_\_\_\_\_

