

SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS

Apellido:

Nombre:

DNI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Materia aprobada en la Universidad de origen | Fecha | Calificación | Materia de la Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires con la que solicita equivalencia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lugar:

Fecha:

Firma del Interesado