



SOLICITUD DE EQUIVALENCIA 20 ____

Sr/a. Director/a de la Escuela de Artes Visuales Martín A. Malharro:

.....
Quien suscribe, DNI N°.....
estudiante de año de la carrera
solicita se le reconozca equivalencia de estudios de la siguiente unidad curricular:

Unidad curricular aprobada:.....

Carrera:..... Curso: Año: 202..... Institución:

Unidad curricular solicitada:.....

Carrera:..... Curso: Año: 202.....

Adjunto ambos programas autenticados y certificado analítico o constancia, que acredita su aprobación.
Declaro conocer el plan de estudios, el régimen de correlatividades de la carrera y el régimen de
equivalencias (según Resolución 4196/24).

Mar del Plata de de 20
Firma del/a estudiante

RESOLUCIÓN DE LA EQUIVALENCIA:

<input type="checkbox"/> APROBACIÓN AUTOMÁTICA	<input type="checkbox"/> APROBACIÓN TOTAL	<input type="checkbox"/> APROBACIÓN PARCIAL	<input type="checkbox"/> DENEGADA
--	---	---	-----------------------------------

(Tachar lo que no corresponda)

Fundamentación del Director/a
.....
.....

Criterios del docente para evaluación de equivalencia parcial.
.....
.....
.....

Fecha: ____/____/____
Firma

Notificación del/a estudiante Fecha: ____/____/____
Firma