



**Buenos Aires**  
**Gobierno de la Ciudad**  
**ESCUELA NORMAL SUPERIOR N° 5**  
 “Gral. Don Martín Miguel de Güemes”  
 http://ens5.buenosaires.edu.ar



Arcamendia 743  
 (C1274AAB) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel/Fax: 4301-9690  
 ens5@bue.edu.ar

Buenos Aires,.....

A la Sra. Regente del Nivel Terciario Prof.  
 Nora Legorburu  
 S../.D

El/la que suscribe.....

Alumno del Profesorado de ..... del turno ....., solicita a Ud. tenga a bien considerar la equivalencia de la unidad curricular que debería cursar..

La a signatura cursada en otra carrera fue:

..... en la Institución:  
 ..... Año de aprobación:  
 ..... Calificación Final:.....

**Firma:..... DNI..... Aclaración:.....**

**Profesor/a de la Asignatura: .....**

Visto el programa de la asignatura presentado, el Profesor/a .....decide:

- a) Dar por aprobada la asignatura por equivalencia: **SI / NO**
- b) No dar por aprobada la asignatura por equivalencia: **SI / NO**
- c) Dar por aprobada la asignatura por equivalencia con las condiciones que se detallan a continuación.  
 (en el caso de Trabajo Práctico aclarar fecha de entrega).....

**Firma:..... Aclaración:.....**

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESOR /A EN EL CASO DE CONSIGNAR EL PUNTO C):**

El alumno **SI/NO** cumplió con las condiciones requeridas.

**FIRMA: ..... ACLARACIÓN: .....**

**CONSEJO DIRECTIVO NIVEL Terciario**

Visto lo determinado por el profesor/a, se resuelve .....

**CONSEJO DIRECTIVO: ACTA N° ..... FOLIO N° .....**

**FIRMA AUTORIDAD NIVEL Terciario: .....**

**Notificación del Alumno:**

Me notifico de la resolución de la equivalencia pedida.

**Firma:..... Aclaración:..... Fecha:.....**