ACTA DE EQUIVALENCIA N°………………….

VISTO la solicitud de equivalencia presentada por ……………………………………………………………………………. Alumno/a del Profesorado………………………………………………………………………………………………………………. D.N.I. N° ……………………………………………… y lo expedido por el/la profesor/a …………………………………………………………………………………………………… involucrada la misma y la normativa vigente, la Profesora a cargo de Dirección del I.E.S. Prof. Manuel Marchetti, resuelve RECONOCER por EQUIVALENCIA la/las siguiente/s asignatura/s:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asignatura | Nota | Fecha de aprobación | Institución |
| Número | Letra |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sello de la Institución firma y sello del directivo