BAHÍA BLANCA, ……………………………………………

Sr.

Director Decano

Dr. Sheldy Javier Ombrosi

S / D

Me dirijo a Usted a fin de gestionar, mediante la debida autorización, el trámite de reválida y/o equivalencia de las materias que a continuación detallo:

**Completar en caso de solicitar reválida**

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera: Plan:** |  |
| **Materias Aprobadas** | **Año de Aprobación** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Completar en caso de solicitar equivalencia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera:** **Plan:** | **Carrera:** **Plan:** |
| **Materias Aprobadas** | **Materias a Otorgar** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones:** |

Apellido y Nombre:…………………………………………………………………………………… LU. Nº:…………………….

Tipo y Número de Documento: ……………………………………………… Teléfono:……………………………………

Correo Electrónico:………………………………………………………………….

Firma: