



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE N° 84
PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FORMULARIO 1 EQUIVALENCIAS

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. POR ASIGNATURA
(A completar por el alumno, una por asignatura)

Corresponde al alumno/a .....

Correo electrónico ... Celular .....

El que suscribe, alumno/a de ..... Año de la carrera PROFESORADO EN EDUCACIÓN FÍSICA, solicita se le reconozca equivalencia de estudios de la siguiente asignatura aprobada en ..... Año de la carrera ..... en ..... (Institución) ..... en el año .....

Materia aprobada: .....

Materia a reconocer por equivalencia: .....

Adjunta a la presente el programa debidamente autenticado y el certificado o constancia que acredita su aprobación.

Mar del Plata, ..... de ..... de 2025

Firma del alumno/a

A completar por el/la profesor/a

Table with 2 columns and 3 rows: Considero que debe concederse la equivalencia, Considero que debe concederse equivalencia parcial, No debe concederse

Fundamentación del docente:

.....
.....
.....

Mar del Plata, ..... de ..... de 2025

Notificación del alumno/a

Firma del profesor/a

Sello del establecimiento

Firma y sello aclaratorio del Director/a