

**SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS**

Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

Materia aprobada en la Universidad de origen	Fecha	Calificación	Materia de la Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires con la que solicita equivalencia

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado