

**Solicitud para equivalencias del 1º cuatrimestre del 18 al 28 de marzo de 2024**

Nombre y Apellido: D.N.I.

Correo electrónico:

Fecha de presentación:

Carrera:

Requisitos: completar y enviar el presente formulario por correo electrónico a [equivalenciasipap@gmail.com](mailto:equivalenciasipap@gmail.com) y adjuntar la siguiente documentación:

| Plan de Estudios | |
| --- | --- |
| Analítico y/o Rendimiento Académico | |
| Programas de las Asignaturas | |

Datos a completar de la/s asignaturas en las que se solicita equivalencia:

| Asignatura de origen | Asignatura de destino (IPAP) |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |