Universidad Tecnológica Nacional
Facultad Regional Buenos Aires

SOLICITUD DE REVISION O AGREGADO DE EQUIVALENCIAS

Buenos Aires, .../...../.....

Al Sr.
Decano de la
Facultad Regional Buenos Aires de la
Universidad Tecnológica Nacional
S / D

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitarle Revisión / Agregado de Equivalencias otorgadas por la Resolución Nº ……../……. para la/s asignatura/s:…...……...
……..
……...…
……...……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

Saludo a usted atentamente.

. . . . . .
Firma del solicitante

NOTA: CUALQUIER TRAMITACION DEBE EFECTUARSE CON LIBRETA UNIVERSITARIA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:		
Nº DE LEGAJO:		
CUIL Nº:		D.N.I. / L.E. / L.C. Nº
ESPECIALIDAD/ES:		PLAN/ES:
TRAMITO CAMBIO DE ESPECIALIDAD ☐		TRAMITO SIMULTANEIDAD DE CARRERAS ☐
DOMICILIO:		
LOCALIDAD:		CP:
TELEFONO:	CELULAR:	EM@IL: