

SOLICITUD DE EQUIVALENCIA

TIPO DE RESOLUCIÓN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambio de Opción | <input type="checkbox"/> Traslado |
| <input type="checkbox"/> Reconsideración | <input type="checkbox"/> Equivalencia Egresado |
| <input type="checkbox"/> Carreras Paralelas | <input type="checkbox"/> Nuevo ingreso |

DATOS PERSONALES

Cédula: Nombres y Apellidos: _____

Profesión: _____

Teléfonos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Universidad o Instituto: _____

Facultad, Escuela o Carrera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Mínima: ____ Máxima: ____ Mínima para aprobar: ____

Equivalencias para la Facultad de **Farmacia y Bioanálisis** Escuela de: _____

ASIGNATURAS APROBADAS (INSTITUCIÓN DE ORIGEN)	ASIGNATURAS EQUIVALENTES

Recibido por: _____ Firma del Solicitante: _____