

Secretaria Académica del  
Departamento de Artes del  
Movimiento  
Mgtr. Patricia Dorin

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

La/El que suscribe..... DNI N°.....,  
inscripta/o en la carrera de..... e integrante  
del Grupo de Experimentación en Artes del Movimiento (GEAM), solicita equivalencias de la/as asignatura/s  
consignada/s a continuación:

Espacio de formación cursado	Cuatrimstre y año	Asignatura a aprobar por equivalencia

Importante: En relación al Anexo I de la Res CD-DAM 285/23, el otorgamiento de la/s equivalencia/s solicitada/s estará supeditado a la aprobación de la Dirección del GEAM, así como al cumplimiento de las condiciones del Plan de Estudios de la carrera enunciada, a los fines de garantizar que, cumplido el cuatrimestre, se han transitado los contenidos y la carga horaria correspondientes al plan de estudios en el que se encuentran inscriptas/os, así como que se ha alcanzado el necesario desempeño.

Firma de la/el solicitante.....

Aclaración.....

Mail.....

Tel/Cel.....

- **A completar por la Dirección del GEAM**

Avalo la presente solicitud ya que la/el estudiante ha cumplido con las asistencias correspondientes, ha transitado los contenidos y la carga horaria perteneciente al plan de estudios en el que se encuentra inscripta/o, y ha alcanzado el necesario desempeño.

Firma Director/a del GEAM.....

Aclaración.....

Fecha:.....

- **A completar por la Oficina de Estudiantes**

Revisión de Legajo (marcar si se dispone de documentación)

- a. Inscripción
- b. Copia de DNI
- c. Copia de título secundario, con las legalizaciones correspondientes
- d. 2 Fotos 4x4
- e. Certificado Médico

Visto:

Y teniendo en cuenta que cumple /no cumple con los requisitos determinados en la normativa vigente y la correspondencia entre la/s equivalencia/s solicitadas dentro del Plan de Estudios correspondiente, se da curso/ no se da curso a la solicitud.

Notifíquese a la Secretaría Académica a los fines de que expida el dictamen definitivo

Firma Agente a/c:..... Fecha:.....

- **A completar por la Secretaría Académica**

Asignatura/s a la/s que se otorga la/s equivalencia/s solicitada/s

Firma Secretaria Académica :.....

Fecha:.....