

FA4.1- SOLICITUD DE EQUIVALENCIA. RESUMEN

Dirección del Instituto Superior de Formación Técnica N° 197

El/La que suscribe,

DNI N°..... alumno/a de 1er año de la carrera **Tecnicatura Superior en Enfermería** Res. N° 854/16, solicita se le reconozca equivalencia de estudios de las asignaturas que se detallan a continuación.

Materias solicitadas por equivalencia		
<input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Teorías Socio culturales de la Salud <input type="checkbox"/> Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo <input type="checkbox"/> Salud Pública I <input type="checkbox"/> Biología Humana <input type="checkbox"/> Fundamentos del Cuidado <input type="checkbox"/> Cuidados de la Salud Centrados en la Comunidad y la Familia <input type="checkbox"/> Práctica Profesionalizante I	<input type="checkbox"/> Comunicación en Ciencias de la Salud <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Introducción a la Metodología de Investigación en Salud <input type="checkbox"/> Nutrición y Dietoterapia <input type="checkbox"/> Salud Pública II <input type="checkbox"/> Farmacología en Enfermería <input type="checkbox"/> Enfermería Materno Infantil <input type="checkbox"/> Enfermería del Adulto y del Adulto Mayor I <input type="checkbox"/> Práctica Profesionalizante II	<input type="checkbox"/> Organización y Gestión de Servicios de Enfermería <input type="checkbox"/> Aspectos Bioéticos y Legales de la Profesión <input type="checkbox"/> Enfermería en Salud Mental <input type="checkbox"/> Enfermería del Adulto y del Adulto Mayor II <input type="checkbox"/> Enfermería Comunitaria y Práctica Educativa en Salud <input type="checkbox"/> Enfermería en Emergencias y Catástrofes <input type="checkbox"/> Práctica Profesionalizante III

Adjunta a la presente solicitud individual, el programa debidamente autenticado y el certificado o constancia que acredita su aprobación.

..... de de 202.....

.....
Firma del Alumno/a

(A completar por la Secretaría del Instituto Superior)

Recibido:

.....
Sello del Establecimiento

.....
Firma y sello aclaratorio del Secretario/a