|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre completo del estudiante: |  |
| Tipo de Identificación del estudiante: (Marque con una X) | T.I. |  | C.C. |  | Número de Identificación: |  |
| Programa Académico: |  | Departamento: |  |
| Código del Estudiante: |  | Correo electrónico: |  |

Este proyecto de homologación de asignaturas responde a las prioridades y necesidades del Programa que el estudiante cursará en (nombre de la Institución) . Al regreso del estudiante se le reconocerán los créditos aprobados.

A continuación relacione la información correspondiente a las asignaturas que proyecta homologar:

|  |  |
| --- | --- |
| **EN LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL** | **EN LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Código** | **Asignatura** | **Facultad** | **Código** | **Asignatura** | **Facultad** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del estudiante |  | Firma del Director de Departamento |
| Nombre del estudiante: |  | Nombre del Director: |
|  |  |  |