CERTIFICADO:
ORIGINAL

A10

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Dirección General de Cultura y Educación
_____

Red de Institutos

CERTIFICADO DE ESPACIOS – PERSPECTIVAS ACREDITADOS

ESTABLECIMIENTO: **INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE Nº** …… **(BA)** ……

Conste que ….....…….…. DNI N°.....….....

ha aprobado las Perspectivas y/o Espacios curriculares, con las respectivas calificaciones que abajo se registran,

correspondientes a la Carrera …….....,

haciéndose acreedor/a al título de .....

Resolución Nº .....

Curso	ESPACIOS – PERSPECTIVAS	Fecha de acreditación	CALIFICACIÓN	
			En Nº	En letras

En fe de lo cual se expide el presente certificado, (1) ORIGINAL, sin raspaduras ni enmiendas, en la ciudad de …… a los ..... días del mes de …..... del año 20 ..…

Sello del establecimiento	..... Firma y sello del Secretario/a	..... Firma y sello del Director/a

(1) PROCEDIMIENTO
Será cumplimentada por el instituto de origen donde el alumno cursa las Perspectivas y los Espacios comunes a los profesorados.