



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario
E-MAIL: sg@fcmuna.edu.py - fcm@fcmuna.edu.py WEB: www.med.una.py
San Lorenzo – Paraguay



FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA ADMISIÓN POR EL RÉGIMEN DE
ADMISIÓN DIRECTA
(Conforme a la Resolución CSU N° 104-00-2014)

I. DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

- 1. Apellidos y Nombres:
- 2. Cédula de Identidad N°: Nacionalidad:
- 3. Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:
- 4. Dirección Particular:
- 5. Teléfono: Correo Electrónico:
- 6. Ciudad: Departamento:

II. DATOS ACADÉMICOS

- 1. Institución de Procedencia (Facultad):
- 2. Sede: Carrera:
- 3. Año de Egreso: Promedio General del Notas:

III. CARRERA A LA QUE POSTULA

- ☐ Medicina-Sede Central
- ☐ Medicina-Filial Santa Rosa del Aguaray
- ☐ Licenciatura en Kinesiología y Fisioterapia
- ☐ Licenciatura en Instrumentación y Área Quirúrgica
- ☐ Tecnicatura Superior en Podología

IV. DOCUMENTOS REQUERIDOS (Adjuntar en carpeta)

- ☐ Copia autenticada de la cédula de identidad.
- ☐ Copia autenticada del Certificado de estudios.
- ☐ Copia autenticada del Título de Grado

V. DECLARACIÓN DEL POSTULANTE

Declaro, bajo fe de juramento, que los datos consignados en este formulario son verídicos y que cumpla con los requisitos establecidos para postular al **Régimen de Admisión Directa**, conforme a lo dispuesto en la **Resolución del Consejo Superior Universitario N° 104-00-2014** de la Universidad Nacional de Asunción.

Asimismo, manifiesto conocer que la falsedad de datos o documentos implicará la exclusión automática de mi postulación, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes.

Fecha: Firma del Postulante: