



IVERSIDAD 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



DATOS DEL ESTUDIANTE PARA EXONERACIÓN

Aprobado por Resolución CSU N° 0152-00-2013

Le agradecemos su participación seria, responsable y sincera. Se garantiza absoluta confidencialidad

IDENTIFICACIÓN

Carrera: _____ Sede: _____ Año de ingreso (1° inscripción): _____
CIC N° _____ Nombres y Apellidos: _____
Dirección Particular: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____
Contacto: Celular: _____ Línea fija: _____ E-Mail: _____

ARTICULADOS DEL ESTATUTO DE LA UNA PARA EL BENEFICIO DE LA EXONERACIÓN
ARANCELARIA

1. ART. 208°: FUNCIONARIO Y DIRECTIVO ☐
2. ART. 209°: PROMEDIO SOBRESALIENTE ☐ ACTIVIDADES DEPORTIVAS ☐ ACTIVIDADES CULTURALES ☐
3. ART. 210°: SOCIOECONÓMICO ☐
4. ART. 211°: INGRESANTES ☐

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

1. Ciudad: _____ Dpto.: _____
2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____
1Paraguaya 2Extranjera, Especificar: _____
3. Sexo: 1Masculino 2Femenino
4. Estado Civil 1Soltero/a 2Casado/a 3Divorciado/a 4Otro: _____
5. Hijos 1Si Cantidad: _____ 2No

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

6. Curso: _____ Semestre: _____
7. Cantidad de asignaturas reprobadas en el curso inmediato anterior: _____
8. Cantidad de asignaturas aprobadas en el curso inmediato anterior: _____
9. Condición actual 1Regular 2Irregular: _____
10. Promedio del año: _____ Promedio general: _____

CONDICIONES GENERALES DE SALUD

11. Seguro Médico: 1IPS 2Privado 3Ninguno
12. Alérgico a: _____ Grupo Sanguíneo/RH: _____
13. ¿Tiene algún tipo de discapacidad? 1SI 2NO (Pasar a la pregunta 15)
14. Tipo de discapacidad: 1Visual 2Motriz 3Auditivo 4Otros, Especificar: _____

BECAS ANTERIORES

15 ¿Obtuvo beca anteriormente? 1SI 2NO (Pasar a la pregunta 12)
16 ¿Qué institución le otorgó? 1Itaipu 2Gobernación 3Otras Instituciones/Empresas(*)
(*) Especificar _____

DATOS ECONÓMICOS DEL ESTUDIANTE

17. ¿Trabaja? 1SI 2NO Si es afirmativo, especifique:
17.1. Tipo: 1Institución Pública 2Empresa Privada 3Independiente o por cuenta propia
17.2. Señale el Cargo Igual o equivalente a: 1Auxiliar 2Técnico/ a 3Encargado/a 4Jefe/a 5Director/a/Gerente
17.3. Ingreso: (Total aproximado) 1Menos de un salario mínimo 2Salario mínimo 3Más de uno y hasta dos salarios mínimos 4Más de dos y hasta tres salarios mínimos 5Más de tres y hasta cuatro salarios mínimos 6Más de cuatro salarios mínimos

18. ¿Cómo piensa solventar los gastos de educación universitaria? (MARCAR UNA SOLA OPCIÓN)

1 Beca/exoneración total 2 Beca/exoneración parcial 3 Trabajo personal 4 Ayuda familiar



IVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO

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



DATOS FAMILIARES

19. Datos de los padres o tutores: (MARCAR CON X, UNA OPCIÓN)

19.1. Educación: Indicar el último nivel de instrucción logrado

	Sin instrucción (1)	Básica incompleta (2)	Básica completa (3)	Media incompleta (4)	Media completa (5)	Técnica completa (6)	Superior no universitaria (*) (7)	Universitaria incompleta (8)	Universitaria completa (9)	Postgrado o Postítulo (10)
Padre										
Madre										

(*) Incluye instrucción en Institutos Superiores

19.2 Ocupación actual: En caso de ser jubilado, indicar la última ocupación realizada

Alternativa de respuesta		Padre	Madre
Obrero/a, Jornalero/a, Servicio doméstico	(1)		
Vendedor /a, Técnico/a independiente o con Oficio	(2)		
Administrativo /a o Técnico /a dependiente	(3)		
Policía/Militar rango subalterno/Comerciante/Docente de primaria y secundaria	(4)		
Profesional dependiente o independiente/ Docente Universitario	(5)		
Gerente o Director dependiente/ Policía/Militar rango superior	(6)		
Empresario /a	(7)		
Con ocupación no remunerada (ama de casa)	(8)		
Fallecido	(9)		
Desempleado	(10)		
No sabe	(11)		

20. Ingreso económico familiar (se refiere a los ingresos de su hogar actual)

20.1 Ingreso familiar: (Total aproximado Gs.)	1 Hasta dos salarios mínimos	4 Más de 10 y hasta 15 salarios mínimos
	2 Más de dos y hasta cinco salarios mínimos	5 Más de 15 salarios mínimos
	3 Más de cinco y hasta 10 salarios mínimos	

20.2 Nº de personas que dependen del ingreso familiar: _____

21. Disponibilidad de los bienes y servicios familiares. Especificar cantidad

Bienes y Servicios	Tenencia		
	SI	(Cantidad en número)	NO
Casa propia (inmueble construido)			
Terreno (inmueble sin construir)			
Automóvil			
Acondicionador de aire			
Nº de línea de teléfono fijo			
TV Cable			
PC			
Conexión a Internet			

21. Medio de transporte utilizado para asistir a clases

1 Público	2 Propio	3 Otro, Especificar
-----------	----------	---------------------

¹ Sede, Especificar si corresponde: Sede Central (Asunción. Otras regiones del país (Santa Rosa del Aguaray.).

Dejo expresa constancia que los datos consignados en este formulario son fidedignos y aseguro la veracidad de los mismos.

FIRMA: _____ C.I.C. Nro.: _____

FECHA: / /



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO

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



**COMPROBANTE DE ENTREGA DE SOLICITUD DE EXONERACION DE ARANCELES
ACADEMICOS**

Solicitante:

Nombre y Apellido completo

Cédula de Identidad Civil N°: _____ **Carrera:** _____

Teléfono de contacto: _____ **E-mail:** _____

Documentos presentados (marcar con una X):

- ☐ Formulario de solicitud completado,
- ☐ Copia de cédula de identidad vigente,
- ☐ Historial Académico expedido por el Dpto. de Informática Académica.

Sello de Mesa de Entrada



Nota: Este comprobante acredita únicamente la recepción de la solicitud y no implica la aprobación o resolución del trámite.