



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



DATOS DEL ESTUDIANTE PARA EXONERACIÓN

Aprobado por Resolución CSU Nº 0152-00-2013

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

IDENTIFICACIÓN

Carrera: _____ Sede: _____ Año de ingreso (1º inscripción): _____

CIC Nº _____ 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. 208º: FUNCIONARIO Y DIRECTIVO

2. ART. 209º: PROMEDIO SOBRESALIENTE ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACTIVIDADES CULTURALES

3. ART. 210º: SOCIOECONÓMICO

4. ART. 211º: INGRESANTES

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

1. Ciudad: _____ Dpto.: _____

2. Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ 1Paraguaya 2Extranjera, Especificar: _____

3. Sexo: 1 Masculino 2 Femenino

4. Estado Civil 1 Soltero/a 2 Casado/a 3 Divorciado/a 4 Otro: _____

5. Hijos 1 Si Cantidad: _____ 2 No

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 1 Regular 2 Irregular: _____

10. Promedio del año: _____ Promedio general: _____

CONDICIONES GENERALES DE SALUD

11. Seguro Médico: 1 IPS 2 Privado 3 Ninguno

12. Alérgico a: _____ Grupo Sanguíneo/RH: _____

13. ¿Tiene algún tipo de discapacidad? 1 SI 2 NO (Pasar a la pregunta 15)

14. Tipo de discapacidad: 1 Visual 2 Motriz 3 Auditivo 4 Otros, Especificar: _____

BECAS ANTERIORES

15. ¿Obtuvo beca anteriormente? 1 SI 2 NO (Pasar a la pregunta 12)

16. ¿Qué institución le otorgó? 1 Itaipu 2 Gobernación 3 Otras Instituciones/Empresas(*)

(*) Especificar

DATOS ECONÓMICOS DEL ESTUDIANTE

17. ¿Trabaja? 1 SI 2 NO Si es afirmativo, especifique:

17.1. Tipo:	1 Institución Pública	17.2. Señale el Cargo Igual o equivalente a:	1 Auxiliar
	2 Empresa Privada		2 Técnico/a
	3 Independiente o por cuenta propia		3 Encargado/a
17.3. Ingreso: (Total aproximado)	1 Menos de un salario mínimo		4 Más de dos y hasta tres salarios mínimos
	2 Salario mínimo		5 Más de tres y hasta cuatro salarios mínimos
	3 Más de uno y hasta dos salarios mínimos		6 Más de cuatro salarios mínimos

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

<input type="radio"/> 1 Beca/exoneración total	<input type="radio"/> 2 Beca/exoneración parcial	<input type="radio"/> 3 Trabajo personal	<input type="radio"/> 4 Ayuda familiar
--	--	--	--



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



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 Cazal – 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.*