



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



FORMULARIO DE POSTULACIÓN A LA BECA DE GRADO 2026

Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción

1. DATOS PERSONALES DEL/LA POSTULANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Nº de Cédula de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: Paraguaya

Dirección actual: _____ Ciudad: _____

Teléfono/Celular: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de Contacto: _____ Parentesco: _____ Teléfono/Celular: _____

2. DATOS ACADÉMICOS

Carrera en la que está inscripto/a: _____ Año que cursará en el periodo 2026: _____

Número de matrícula: _____ Sede: Central / Filial (especificar): _____

Promedio general del último periodo académico cursado: _____

Promedio inmediato anterior: _____

Porcentaje de materias aprobadas (mínimo 50%): _____

¿Pertenece al 25% de los mejores promedios? Sí / No

¿Está en su primera matriculación (ingresante)? Sí / No

- Si marcó "Sí", puntaje obtenido en el examen de ingreso: _____ / _____

- Puntaje mínimo requerido (80% del total posible): _____

3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (Adjuntar en el orden siguiente):

- 1) Constancia de Inscripción del periodo académico 2026,
- 2) Fotocopia legible y vigente de la Cédula de Identidad (anverso y reverso)
- 3) Reporte académico o registro de notas del año lectivo anterior, firmado por autoridad competente de la FCM-UNA
- 4) Constancia del promedio igual o superior a 3 o de pertenecer al 25% superior, y aprobación de al menos 50% de las materias
- 5) Para ingresantes: Constancia académica del puntaje obtenido en el examen de ingreso expedida por la Dirección de Admisión
- 6) Declaración firmada de no contar con otra beca en el periodo académico 2026

4. DECLARACIÓN JURADA

Yo, el/la abajo firmante, declaro que los datos consignados en este formulario son verídicos y autorizo a la Facultad de Ciencias Médicas a verificar la autenticidad de los documentos presentados. Así también, me comprometo a notificar cualquier cambio en mi situación académica o personal que pueda afectar esta postulación.

Firma del/de la postulante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

IMPORTANTE: Este formulario deberá completarse con letra clara y legible, sin enmiendas ni tachaduras. La entrega deberá realizarse en formato físico en la **Mesa de Entrada de San Lorenzo** (4.º piso del Hospital de Clínicas), en el horario de **07:00 a 13:00**, de **lunes a viernes**; y, en el caso de los estudiantes de la filial, en la **Secretaría de la respectiva dependencia**.

MISIÓN INSTITUCIONAL

Formar profesionales en Ciencias de la Salud innovadores, con liderazgo, valores éticos y capacidad de gestión que respondan a las necesidades de salud de la población y con responsabilidad social.

VISIÓN INSTITUCIONAL

Ser reconocida nacional e internacionalmente por la excelencia y liderazgo en formación de profesionales de la salud a través de programas académicos que contemplen la investigación e innovación tecnológica, con compromiso social y medioambiental.



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 POSTULACIÓN
Adjudicación de Beca de Grado - UNA - Periodo 2026

Solicitante: _____
(Nombre y apellido completo)

Cédula de Identidad N.º: _____

Carrera: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Sello de Mesa de Entrada:

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

MISIÓN INSTITUCIONAL

Formar profesionales en Ciencias de la Salud innovadores, con liderazgo, valores éticos y capacidad de gestión que respondan a las necesidades de salud de la población y con responsabilidad social.

VISIÓN INSTITUCIONAL

Ser reconocida nacional e internacionalmente por la excelencia y liderazgo en formación de profesionales de la salud a través de programas académicos que contemplen la investigación e innovación tecnológica, con compromiso social y medioambiental.



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



DECLARACIÓN JURADA DE NO POSEER OTRA BECA
Año Académico 2026

Yo, _____, con Cédula de Identidad N° _____, estudiante de la carrera _____, en calidad de postulante al programa de Becas de Grado correspondiente al periodo académico 2026, por la presente:

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO:

Que **no soy beneficiario/a de ninguna otra beca** otorgada por instituciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, durante el periodo académico 2026.

Asimismo, me comprometo a notificar de inmediato a las autoridades correspondientes en caso de acceder a otro beneficio de carácter similar durante el mencionado periodo.

Declaro que los datos consignados en esta declaración son verídicos y completos. Estoy consciente de que la falsedad de los mismos podrá acarrear sanciones y la anulación del beneficio en caso de ser otorgado.

Firma: _____

Lugar y Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

MISIÓN INSTITUCIONAL

Formar profesionales en Ciencias de la Salud innovadores, con liderazgo, valores éticos y capacidad de gestión que respondan a las necesidades de salud de la población y con responsabilidad social.

VISIÓN INSTITUCIONAL

Ser reconocida nacional e internacionalmente por la excelencia y liderazgo en formación de profesionales de la salud a través de programas académicos que contemplen la investigación e innovación tecnológica, con compromiso social y medioambiental.