



Universidad Nacional de Asunción
Facultad de Ciencias Médicas
Dirección de Desarrollo y Talento Humano
Centro de Atención Integral de Cuidados Infantiles - CAICI



Nro. de Solicitud :

SOLICITUD DE ADMISION AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE CUIDADOS INFANTILES - FCM - UNA

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD		CON QUIEN VIVE		CON QUIEN SE QUEDA (Actualmente)	

DATOS FAMILIARES

MADRE		PADRE		TUTOR	
Nombres		Nombres		Nombres	
Apellidos		Apellidos		Apellidos	
N°		C.I. N°		C.I. N°	
Domicilio		Domicilio		Domicilio	
Cuidad		Cuidad		Cuidad	
Telefono		Telefono		Telefono	
Lugar de Trabajo		Lugar de Trabajo		Lugar de Trabajo	
Cargo		Cargo		Cargo	
Funcion		Funcion		Funcion	
Dependencia		Dependencia		Dependencia	
Horario Laboral		Horario Laboral		Horario Laboral	
Ingreso Mensual		Ingreso Mensual		Ingreso Mensual	
Cantidad de Hijos Hasta 5 años		Cantidad de Hijos Hasta 5 años		Cantidad de Hijos Hasta 5 años	
Funcionario	SI ☐ NO ☐	Funcionario	SI ☐ NO ☐	Funcionario	SI ☐ NO ☐
Tipo de Funcionario	Contratado ☐ Permanente ☐	Tipo de Funcionario	Contratado ☐ Permanente ☐	Tipo de Funcionario	Contratado ☐ Permanente ☐
Estudiante FCM - UNA	SI ☐ NO ☐	Estudiante FCM - UNA	SI ☐ NO ☐	Estudiante FCM - UNA	SI ☐ NO ☐
Carrera		Carrera		Carrera	

DATOS GENERALES

HORARIO AL QUE SE ACOJERIA AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL:

PADECE SU HIJO DE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD Y/O ALERGIA

SI

☐

NO

☐

ESPECIFIQUELAS