



Universidad Nacional de Asunción

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COMISIÓN DE REVISIÓN DE CONCURSO
Campus de la UNA, San Lorenzo – Paraguay

FORMULARIO DE REVISIÓN Y RECLAMOS **Propuesta de Nombramiento 2da. Instancia**

San Lorenzo, de de 2024.-

Señor
Prof. Dr. **OSMAR M. CUENCA TORRES**, Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Asunción
Campus de la UNA-San Lorenzo

El/la que suscribe, identificado/a con la Cédula de Identidad Civil Nro., participante del Concurso de Títulos, Méritos y Aptitudes, autorizado por Resolución Nro. de fecha para cargo de con funciones de en la Cátedra/Servicio/Asignatura de Carrerase dirige a ud. y por su intermedio a la Comisión de Revisión de Concurso del Consejo Directivo

Motivo del Reclamo: (Especificar el motivo del reclamo en relación con la propuesta de nombramiento presentada por la Cátedra)

.....
.....
.....
.....

Puntos a Considerar: (Enumerar los puntos específicos que se desean revisar o que se consideran incorrectos o inadecuados en la propuesta de nombramiento)

.....
.....
.....

Fundamentación del Reclamo: (Proporcionar una explicación detallada y fundamentada de cada punto de reclamo, incluyendo referencias a políticas, regulaciones o criterios pertinentes.)

.....
.....
.....
.....

Evidencia o Documentación de Apoyo: (Adjuntar cualquier documento o evidencia que respalde el reclamo presentado, como correos electrónicos, comunicaciones previas, regulaciones relevantes, entre otros.)

.....
.....
.....
.....

Acciones Solicitadas: (Especificar las acciones concretas que se solicitan como resultado del reclamo, como revisión de la propuesta, corrección de errores, modificación de criterios, entre otros.)

.....
.....
.....
.....

.....
Firma