

/ / . –

Día Mes Año

Señor

Mg. Prof. Dr. **OSMAR M. CUENCA TORRES,** Decano

Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción Presente

Yo, ………………………………………………………………………………………………………….., con Cédula de Identidad Nº

…………………………….., Teléfono de Contacto , y dirección de correo electrónico

……………………………………………………………., presento la siguiente solicitud de postulación al ***CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES***, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución CD Nro. 1183-00-2024** de fecha **27 de noviembre de 2024**. **Acta Nro. 3263** del Consejo Directivo, según detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONES** | | | | | | | | | |
| ENCARGADO/A DE CÁTEDRA | | | | | | | | | |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL |  | MEDICINA –  FILIAL |  | LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA |  | LICENCIATURA EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA |  | TECNICATURA SUPERIOR EN PODOLOGIA |
| **ASIGNATURA:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **HORARIOS:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizados en la Institución. –

…………………………….……………………………………….

# FIRMA

**ORIGINAL**: Secretaría General

/ / . –

Día Mes Año

Señor

Mg. Prof. Dr. **OSMAR M. CUENCA TORRES,** Decano

Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción Presente

Yo, ………………………………………………………………………………………………………….., con Cédula de Identidad Nº

…………………………….., Teléfono de Contacto , y dirección de correo electrónico

……………………………………………………………., presento la siguiente solicitud de postulación al ***CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES***, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución CD Nro. 1183-00-2024** de fecha **27 de noviembre de 2024**. **Acta Nro. 3263** del Consejo Directivo, según detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONES** | | | | | | | | | |
| ENCARGADO/A DE CÁTEDRA | | | | | | | | | |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL |  | MEDICINA –  FILIAL |  | LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA |  | LICENCIATURA EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA |  | TECNICATURA SUPERIOR EN PODOLOGIA |
| **ASIGNATURA:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **HORARIOS:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizados en la Institución. –

…………………………….……………………………………….

# FIRMA

**DUPLICADO**: Coordinaciones de Carrera/Cátedra /Servicio

/ / . –

Día Mes Año

Señor

Mg. Prof. Dr. **OSMAR M. CUENCA TORRES,** Decano

Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción Presente

Yo, ………………………………………………………………………………………………………….., con Cédula de Identidad Nº

…………………………….., Teléfono de Contacto , y dirección de correo electrónico

……………………………………………………………., presento la siguiente solicitud de postulación al ***CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES***, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución CD Nro. 1183-00-2024** de fecha **27 de noviembre de 2024**. **Acta Nro. 3263** del Consejo Directivo, según detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONES** | | | | | | | | | |
| ENCARGADO/A DE CÁTEDRA | | | | | | | | | |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL |  | MEDICINA –  FILIAL |  | LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA |  | LICENCIATURA EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA |  | TECNICATURA SUPERIOR EN PODOLOGIA |
| **ASIGNATURA:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **HORARIOS:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizadas en la Institución. –

…………………………….……………………………………….

# FIRMA

**TRIPLICADO**: Interesado/a