

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario

E-MAIL: [fcm@fcmuna.edu.py](mailto:fcm@fcmuna.edu.py) – [sg@fcmuna.edu.py](mailto:sg@fcmuna.edu.py) WEB: [www.med.una.py](http://www.med.una.py/) San Lorenzo – Paraguay

/ / . –

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. 1142-00-2024** de fecha **29 de octubre de 2024**. **Acta Nro. 3261** del Consejo Directivo, según detalle:

**DATOS DEL CARGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACIÓN:** | | | | | | | | | | | |
|  | | DOCENTE MEDICO I |  | | DOCENTE MEDICO II |  | | HORAS CÁTEDRAS |  | | PROFESIONAL DE SALUD (CONTRATO) |
|  | | PERSONAL DOCENTE (CONTRATO) |
| **FUNCIONES:** | | | | | | | | | | | |
|  | | JEFE DE SALA | | | | | | | | | ASISTENCIALES |
|  | | MÉDICO DE GUARDIA (ACLARAR CON NUMERACIÓN) *JEFE; (2) SUBJEFE; (3)*  *ADJUNTO* | | | | | | | | |
|  | | MÉDICO ESPECIALISTA | | | | | | | | |
|  | | INSTRUCTOR | | | | | | | | | DOCENTES |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL | |  | MEDICINA –  FILIAL | |  | LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA | |  | LIC. EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA | |
| **CÁTEDRA/DPTO./SERVICIO** | | | | | | | | | **ASIGNATURA** | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| **HORARIO:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

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. –

**ORIGINAL**: Secretaría General

…………………………….……………………………………….

# FIRMA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario

E-MAIL: [fcm@fcmuna.edu.py](mailto:fcm@fcmuna.edu.py) – [sg@fcmuna.edu.py](mailto:sg@fcmuna.edu.py) WEB: [www.med.una.py](http://www.med.una.py/) San Lorenzo – Paraguay

/ / . –

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. 1142-00-2024** de fecha **29 de octubre de 2024**. **Acta Nro. 3261** del Consejo Directivo, según detalle:

**DATOS DEL CARGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACIÓN:** | | | | | | | | | | | |
|  | | DOCENTE MEDICO I |  | | DOCENTE MEDICO II |  | | HORAS CÁTEDRAS |  | | PROFESIONAL DE SALUD (CONTRATO) |
|  | | PERSONAL DOCENTE (CONTRATO) |
| **FUNCIONES:** | | | | | | | | | | | |
|  | | JEFE DE SALA | | | | | | | | | ASISTENCIALES |
|  | | MÉDICO DE GUARDIA (ACLARAR CON NUMERACIÓN) *JEFE; (2) SUBJEFE; (3)*  *ADJUNTO* | | | | | | | | |
|  | | MÉDICO ESPECIALISTA | | | | | | | | |
|  | | INSTRUCTOR | | | | | | | | | DOCENTES |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL | |  | MEDICINA –  FILIAL | |  | LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA | |  | LIC. EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA | |
| **CÁTEDRA/DPTO./SERVICIO** | | | | | | | | | **ASIGNATURA** | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| **HORARIO:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

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. –

**DUPLICADO:** Cátedra / Departamento / Servicio

…………………………….……………………………………….

# FIRMA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario

E-MAIL: [fcm@fcmuna.edu.py](mailto:fcm@fcmuna.edu.py) – [sg@fcmuna.edu.py](mailto:sg@fcmuna.edu.py) WEB: [www.med.una.py](http://www.med.una.py/) San Lorenzo – Paraguay

/ / . –

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. 1142-00-2024** de fecha **29 de octubre de 2024**. **Acta Nro. 3261** del Consejo Directivo, según detalle:

**DATOS DEL CARGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACIÓN:** | | | | | | | | | | | |
|  | | DOCENTE MEDICO I |  | | DOCENTE MEDICO II |  | | HORAS CÁTEDRAS |  | | PROFESIONAL DE SALUD (CONTRATO) |
|  | | PERSONAL DOCENTE (CONTRATO) |
| **FUNCIONES:** | | | | | | | | | | | |
|  | | JEFE DE SALA | | | | | | | | | ASISTENCIALES |
|  | | MÉDICO DE GUARDIA (ACLARAR CON NUMERACIÓN) *JEFE; (2) SUBJEFE; (3)*  *ADJUNTO* | | | | | | | | |
|  | | MÉDICO ESPECIALISTA | | | | | | | | |
|  | | INSTRUCTOR | | | | | | | | | DOCENTES |
| **CARRERA:** | | | | | | | | | | | |
|  | MEDICINA –  CENTRAL | |  | MEDICINA –  FILIAL | |  | LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA | |  | LIC. EN INSTRUMENTACIÓN Y ÁREA QUIRURGICA | |
| **CÁTEDRA/DPTO./SERVICIO** | | | | | | | | | **ASIGNATURA** | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| **HORARIO** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

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. –

**TRIPLICADO:** Postulante

…………………………….……………………………………….

# FIRMA