**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario

E-MAIL: fcm@fcmuna.edu.py – 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 – 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 – 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