|  |
| --- |
| **Aprobado por Resolución CSU N° 0152-00-2013** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar: Asunción | Día: | Mes: | Año: 2025 | Formulario N°: |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ACADÉMICA** | | | | |
| Unidad Académica: **FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS – DIRECCION DE ADMISIÓN** | | | | |
| Carrera: **MEDICINA** | | Sede: **CENTRAL - ASUNCIÓN** | | |
| 1. **DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE** | | | | |
| Documento de Identidad N°: | | | | |
| Apellido/s: | | Nombre/s: | | |
| Lugar de Nacimiento: | | Departamento: | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Edad: | Nacionalidad: | |
| Sexo: | | Estado Civil: | | |
| Línea baja: | | Celular: | e-mail: | |
| Dirección Actual: | | Barrio: | | |
| Ciudad: | | Departamento: | | |
| 1. **DATOS DE CONTACTO** | | | | |
| Nombre y Apellido: | | Parentesco: Madre | | |
| Celular: | | | e-mail: | |
| 1. **DATOS DE SALUD** | | | | |
| Grupo Sanguíneo: | | Alérgico a: | | |
| Tipo de Seguro Médico: | | ¿Escribe con la mano izquierda?: | | |
| ¿Tiene algún tipo de discapacidad?: | | | | |
| Especificar la discapacidad a la que se refiere: | | | | |
| ¿Necesita adecuación? | | Especificar: | | |
| Enfermedad Crónica: | | Especificar: | | |
| 1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS** | | | | |
| Nombre de Institución Educativa: | | | | |
| Ciudad de Colegio: | | Departamento de Colegio: | | |
| Tipo de Colegio: | | Bachiller: | | |
| Año de Egreso: | | Promedio de egreso: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN JURADA** | | | | |
| Por este medio declaro estar en pleno conocimiento del **REGLAMENTO** para el **EXAMEN DE** **INGRESO** a la **CARRERA** de **MEDICINA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**, correspondiente al **PERIODO LECTIVO 2026.** En caso de ingresar a la FCM – UNA el inicio de clases del primer semestre estará sujeto a la calendarización establecida por la Dirección Académica, la cual no podrá ser objetada. Manifiesto mi total aceptación, acatando todo lo expresado en la presente declaración. | | | | |
| *Con carácter de declaración jurada expreso que los datos consignados precedente son verídicos.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Solicitante | | | | |
| **EN CASO DE QUE EL/LA POSTULANTE SEA MENOR A 18 AÑOS DE EDAD** | | | | |
| FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL: | | | ACLARACIÓN: | |
| C.I. N°: | | PARENTESCO: | | |
| Verificado por: | Cargado por: | | | Fecha: |
| **DATOS ADICIONALES** | | | | |
| Intentos en la Facultad: | | Intentos a la Carrera: | | |

Esta solicitud no es válida sin la firma del interesado y la persona autorizada por la institución.