|  |
| --- |
| **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** - **DIRECCIÓN DE ADMISIÓN** |
| Carrera: **MEDICINA** | Sede: **SANTA ROSA DEL AGUARAY** |
| 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.