



SOLICITUD DE GRATUIDAD – POSTULANTE

CÓDIGO: SGE- N°01

Lugar y fecha.....

Señor:

Dr. Claudio Diaz de Vivar, Decano

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Itapúa

El/la que suscribe

Nombres y Apellidos: _____

Cédula de Identidad N° _____ Estado Civil _____

Sexo _____ Número de teléfono _____

Domicilio – Calle _____

Número de casa _____ Ciudad _____ Departamento _____

Correo electrónico _____

Egresado/a del Colegio _____ Año de Egreso _____

Tipo de Gestión – Colegio

Público **Privado Subvencionado** **Privado**

- **Declaro por la presente no superar cinco años de haber egresado de la Educación Media en una institución pública o subvencionada, establecido en el artículo 5° del Decreto N°4734/2021.**
- **Por la presente declaro que esta es mi postulación (número) _____ a una carrera en la Universidad Nacional de Itapúa.**
- **Manifiesto que los datos consignados en la presente solicitud y que los documentos que se adjuntan a la misma y su contenido son verdaderos. Expreso que los mismos tienen carácter de declaración jurada. Asimismo, declaro conocer las disposiciones establecidas en la Ley N° 6628/2020 , su Decreto Reglamentario N° 4734/2021 y la Resolución CSU N°008/2021.**
- **Declaro no contar con un título universitario.**

.....
.....

Firma del postulante

Aclaración de firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ITAPÚA

Creada por Ley N° 1009/96 de fecha 03 de diciembre de 1996

Visión: Ser una universidad con calidad y pertinencia en la formación, investigación, innovación y vinculación social, reconocida a nivel nacional e internacional, comprometida con la construcción de una sociedad inclusiva y sostenible.

SOLICITUD DE GRATUIDAD – POSTULANTE

TALÓN DE RECIBO DE SOLICITUD DE GRATUIDAD DE LA UNI

Presentado por.....C.I. N°.....

N°	DOCUMENTOS ADJUNTADOS	PRESENT O
1	Fotocopia simple de Cédula de Identidad vigente	
2	Fotocopia simple de título de bachiller	
3	Fotocopia simple de Certificado de Estudios Original legalizado por el Ministerio de Educación y Ciencias y Autenticado por el Rectorado de la UNI	
4	Certificado o Constancia de vulnerabilidad emitido por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	

Recibido por.....Firma.....Día.....Mes.....Año.....