| **SOLICITUD DE POSTULACIÓN DOCENTE PROGRAMA ESCALA 2025****Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil** |
| --- |
|  |  | Fecha: |  |
|  | Señora:Prof. Dra. MARIA ISABEL RODRIGUEZ VDA. DE RIVEROS Decana**Facultad de Enfermería y Obstetricia.****Universidad Nacional de Asunción**El/la que suscribe, Nombres y Apellidos: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Cédula de Identidad N°: |  | Estado | Civil: |
|  |  |  |  |
|  |
|  Sexo: | Número de teléfono: |
|  | * Masculino
* Femenino
 |  |  |
|  |
|  |  Número de teléfono de contacto: |  Parentesco: |
|  Domicilio - Ciudad de domicilio - Calle Número de casa - Departamento |  |  |  |  |
|  | 1. Domicilio:
2. Ciudad de domicilio:
3. Departamento:
 |  |  NRO. DE CASA: |

| Correo electrónico: |  |
| --- | --- |
|  |
|  | Posee alguna enfermedad de base: |
|   SÍ NO Especificar en caso positivo: |  |
| Carrera: |  |  Sede/Filial: |  |
| * ENFERMERÍA.
 |  |  |  |
|  |  |   |  |
|  Cuenta con pasaporte: SÍ NO |
|   | 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. |
| ………………………………….Firma del docente | …………………………………………..Aclaración de firma |  |
| ***PARA COMPLETAR POR LA UNIDAD ACADÉMICA***Recibido por: Nombres y Apellidos: Firma: Fecha: |
|  |  |  |