| **SOLICITUD DE POSTULACIÓN DOCENTE PROGRAMA PILA 2025-1**  **Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | 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: | | | | | |
|  | |  | | |  |