San Lorenzo, ……. de …………..……… 202…..

Señora

Prof. Dra. **CORNELIA BERNAL CESPEDES**, Directora de Postgrado

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Universidad Nacional de Asunción

Presente

El/La que Suscribe:…………………………………………………………………….............................................................

Cedula de Identidad Civil N°:…………………….…..……. Email: …………………………………………………..……………………

Teléfono móvil: ...…..…………………………, Dirección Particular: .………………………………………………..…..………………

Ciudad: …………………………..…….……, Departamento: …………………………..…….……, tiene el agrado de dirigirse a Usted, en referencia a la Resolución C.D. N° 355-00-2023 del 03/10/2023, “POR LA CUAL SE CONCEDE PRÓRROGA PARA LA CULMINACIÓN DE PROGRAMAS DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN”, a fin de proceder al pago correspondiente a la matriculación por prórroga para la culminación del Programa de Postgrado, según se detalla: (MARQUE CON UNA X).

……… Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud.

……… Especialización en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto.

……… Especialización en Enfermería Nefrológica.

……… Especialización en Control de Infecciones Epidemiologia Hospitalaria.

……… Especialización en Investigación en Salud.

……… Especialización en Didáctica Superior Universitaria.

……… Especialización en Obstetricia y Salud Materno Infantil

Asimismo, declaro tener pleno conocimiento de las normativas y reglamentaciones vigentes de la Universidad Nacional de Asunción, comprometiéndome a cumplir con los requerimientos académicos y administrativos en tiempo y forma.

Sin otro particular, le saluda atentamente.

……………….………….…………

**FIRMA**