|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE GRATUIDAD -ESTUDIANTES** | | | | | | |
|  | |  | 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: |  |  |  | N°: |
|  |  | | | |  |  |
|  | Cédula de Identidad N°: |  | Estado | Civil: | | |
|  |  |  |  | | | |
| Sexo: | | Número de teléfono: | | | | |
|  |  |  |  | | | |
| Domicilio - Calle Número de casa | | | | | | |
|  |  | | | |  | NRO. DE CASA: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Correo electrónico: | | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | Domicilio - Ciudad Domicilio – Departamento: | | | | |
|  | | Departamento: | | | |  |
| Egresado/a del Colegio: | |  | Año de Egreso – Colegio: | | |  |
|  | | |  |  | |  |
|  | Tipo de Gestión • Colegio | | | Estudiante de la Carrera de: | |  |
|  | | | | Enfermería Obstetricia | |
|  | | | | FILIAL: | |
| xx  xx | -Declaro por la presente no sobrepasar dos años el periodo establecido en el proyecto académico o currículo de la carrera, establecido en el artículo 2o del Decreto N° 4734/2021.  -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 y su Decreto Reglamentario N° 4734/2021 | | | | |
| ………………………………….  Firma del estudiante | …………………………………………..  Aclaración de firma | | | |  |
| ***PARA COMPLETAR POR LA UNIDAD ACADÉMICA***  Recibido por: Nombres y Apellidos: Firma: Fecha: | | | | | |
|  | |  | | |  |
|  | | | | | |