|  |
| --- |
| **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: |
|  xxxx | -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: |
|  |  |  |
|  |