|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE EXONERACIONES - ESTUDIANTES DE GRADO** |
|  |  | Fecha: |  |
|  | Señora:Prof. Dra. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ VDA. DE RIVEROS Decana**Facultad de Enfermería y Obstetricia****Universidad Nacional de Asunción**El/la que suscribe, Nombres y Apellidos: |  |  |  | N°: |
|  |  |

Carrera: Semestre:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Cédula de Identidad N°: |  |  Estado  | Civil: |
|  |  |
| Sexo: |  Número de teléfono: |
|  |  |  |
| Domicilio – Calle  |
|  |  |  | NRO. DE CASA: |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico: |  |
|  |
|  | Ciudad: Departamento: |
|  |  |  |
| Postulación para acceder a la exoneración de aranceles académicos de grado por motivo (Completar conforme al Art. 4 del Reglamento) |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  He leído íntegramente el Reglamento de Aranceles Académicos y presento los documentos requeridos conforme a lo establecido en el mismo, en relación con la postulación realizada. |  |
|  |  ………………………………….Firma del estudiante | ………………………………….Aclaración de firma |  |