



**SOLICITUD DE POSTULACIÓN GESTORES/ADMINISTRATIVOS PROGRAMA AUGM  
2026-1**

**Universidade Federal de Goiás – UFG (GOIANIA-BRASIL).**

Fecha:

Señora:

Nº:

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:

<input type="text"/>	Sexo: <input type="text"/>
----------------------	----------------------------

Cédula de Identidad Nº:

Estado Civil:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fecha de Nacimiento

Edad:

Número de teléfono:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nº de teléfono de contacto de Emergencia:

Nombre/Parentesco:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Domicilio - Ciudad de domicilio - Calle Número de casa – Departamento

1. Domicilio: 2. Ciudad de domicilio: 3. Departamento:	NRO. DE CASA: <input type="text"/>
--	---------------------------------------

Correo electrónico:

Posee alguna enfermedad de base:

SÍ  NO Especificar en caso positivo:

Cargo Actual:

Dependencia:

Antigüedad:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ÁREAS DE TRABAJO/FUNCIONES:

1.  
2.  
3.

Cuenta con pasaporte:

SÍ  NO

Nº de Pasaporte:

Vencimiento:

**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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------