



Universidad Nacional de Concepción

# Facultad de Medicina

Acreditada por la ANEAES por Res. N° 57/22



*Sede Hospital:* Prof. Guillermo Cabral e/ Dr. Marcial Royg y Mme. Lynch. *Tel:* (0331) 241022.  
*Sede Campus:* Ruta PY05 Km. 210 *Tel:* (0331) 241022.  
*Web:* [www.fmedicina-unc.edu.py](http://www.fmedicina-unc.edu.py) *E-mail:* [fm-secretariageneral@unc.edu.py](mailto:fm-secretariageneral@unc.edu.py)

**Becas y/o Ayudas Económicas – Ejercicio Fiscal 2025**  
**CONVOCATORIA – ESTUDIANTES DE CARRERAS DE GRADO**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO RECIBIR BECA**

Concepción, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Señores:

**CONSEJO DIRECTIVO – FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CONCEPCIÓN**  
**Ciudad**

El/la que suscribe; declara BAJO DE FE DE JURAMENTO que; no es persona beneficiada con becas de las siguientes Instituciones:

|                                   |                          |                    |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|
| ITAIPÚ BINACIONAL                 | <input type="checkbox"/> |                    |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA | <input type="checkbox"/> |                    |
| GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL         | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| OTRAS INSTITUCIONES               | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |

La presente declaración se realiza sin omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad, consecuentemente, la falsedad u ocultamiento de datos, dará lugar a que el Consejo Directivo anule la Beca y solicite la devolución íntegra de la ayuda económica otorgada.

Firma del/la solicitante: \_\_\_\_\_ C.I. Nro. \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_