UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SOLICITUD DE GRATUIDAD

Lugar	Día	Mes	Año

Señor
Decano de la Facultad de Odontología Prof.
Dr. RODOLFO PERRUCHINO GALEANO
E.S.D.

El que suscribe:

Nombres	**Apellidos**

Estado Civil: Identidad: **Cédula de**

Domiciliado en - Calle **N° de casa**

CELULAR: **EMAIL:**

Localidad

Departamento

Egresado/a del Colegio

Año de egreso - Colegio:

Tipo de Gestión - Colegio:

Público	**Privado Subvencionado**	**Privado**

Localidad	**Departamento**

- **Declaro por la presente encontrarme bajo los términos del Art. Del Decreto N° 4734/2021 que en su primer párrafo reza "Establécese que la gratuidad señalada en los artículos 2° y 3° del presente decreto no podrá ser otorgada a los estudiantes que sobrepasen los cinco años de egresados de la Educación Media, contados desde el momento de la solicitud a su admisión. Asimismo, tampoco será otorgada a quienes hayan sido admitidos como postulantes luego de 5 intentos consecutivos o alternados".**

- **Por el presente declaro que esta es mi postulación (número)_____a una carrera en la Universidad Nacional de Asunción.**

- **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 establecida en la Ley N° 6628/2020 y su Decreto Reglamentario N° 4734/2021**

Será Justicia (Firma del Postulante)	**Aclaración de firma del postulante**

Recibido por: / /

Día Mes Año