



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:

E
M
A
I
L
:

--	--

Localidad	
Departamento	

Egresado/a del Colegio
Año de egreso - Colegio:

Tipo de Gestión - Colegio:

Público	Privado Subvencionado	Privado

Localidad	Departamento

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