



Formulario de postulación de estudiantes para participar en el Programa de Movilidad Estudiantil – Carrera de Grado para el Periodo 2025

CONVOCATORIA 2025

Datos Generales:

Universidad de origen:

Facultad de origen:

Carrera y Curso:

Vicedecano: Prof. Dr. Milciades Daniel Sanchez DenisEmail: milciadessanchez@unc.edu.py

Director de Académico: Prof. Dra. Manuelita IglesiasEmail: fm-academica@unc.edu.py

Unidad de Bienestar Institucional: Mg. Hilda Viviana Barrios VázquezEmail: fm-dbienestare@unc.edu.py

Lic. Elva VillalbaEmail: fm-dbienestare@unc.edu.py

Secretaria General: Lic. Yanilce Eliane Recalde RivasEmail: HYPERLINK "mailto:fm-secretariageneral@unc.edu.py" fm-secretariageneral@unc.edu.py

Universidad de destino:

Carrera Destino:

Fechas de Inicio y Finalización de las actividades académicas en la universidad de destino:

Segundo Periodo Académico: desde agosto a septiembre

2. Datos Personales del Estudiante:

Nombres:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: Pasaporte/DNI/C.I.:

Sexo: Nacionalidad: Lugar de nacimiento:

Tel.: e-mail:

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país, teléfono, e-mail):

Nombre de contacto:

Vínculo familiar:

Misión: Somos una Facultad formadora de profesionales de la salud con alto liderazgo, críticos, innovadores e íntegros, que respeta la vida humana, la inclusión y la diversidad; promoviendo la prevención, curación de enfermedades y la atención primaria de la salud, en respuesta a las necesidades de la población a través de la investigación y extensión universitaria.

Visión: La Facultad de Medicina busca constituirse en una Unidad Académica que se distingue por la calidad en la formación integral de profesionales de la salud, competente para gestionar el desarrollo profesional continuo en función a los requerimientos actuales de la sociedad en el marco de la responsabilidad profesional, ética, moral y social.



3. Datos Académicos del Estudiante:

Universidad de origen: _____

Facultad de origen: _____

Carrera : _____

Curso: _____

Promedio Parcial General de la Carrera: _____

Coordinador/a de la Carrera: _____

E-mail: _____ . Celular N°: _____

4. Conforme del Estudiante.

El estudiante firmante se compromete a cursar el Programa de Estudios acordado en documentos anexados al presente formulario en las fechas indicadas.

Deberá comunicar a su Universidad de Origen todo cambio en el programa acordado, que estará sujeto a la aprobación de los Coordinadores de las respectivas Universidades (de Destino y de Origen).

Asimismo, se compromete a regresar a su Universidad de Origen finalizado el período de movilidad.

El firmante declara tener conocimiento de que deberá contar durante su estadía en el exterior por un Seguro de Vida, Accidente, Salud y Repatriación.

El incumplimiento de lo anteriormente expuesto podrá ser considerado como causa de la finalización del intercambio.

Lugar y fecha: _____ Firma del alumno: _____

Nombre: _____

Misión: Somos una Facultad formadora de profesionales de la salud con alto liderazgo, críticos, innovadores e íntegros, que respeta la vida humana, la inclusión y la diversidad; promoviendo la prevención, curación de enfermedades y la atención primaria de la salud, en respuesta a las necesidades de la población a través de la investigación y extensión universitaria.

Visión: La Facultad de Medicina busca constituirse en una Unidad Académica que se distingue por la calidad en la formación integral de profesionales de la salud, competente para gestionar el desarrollo profesional continuo en función a los requerimientos actuales de la sociedad en el marco de la responsabilidad profesional, ética, moral y social.