



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Avda. Mca. López y Coronel Casal – Campus Universitario  
 Telef. 480-081/683931 int. 479 - E-MAIL: fcm@med.una.py WEB: www.med.una.py  
 San Lorenzo – Paraguay

**DATOS DEL ESTUDIANTE PARA EXONERACIÓN**

Aprobado por Resolución CSU Nº 0152-00-2013

Le agradecemos su participación seria, responsable y sincera. Se garantiza absoluta confidencialidad

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN**

Carrera: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Año de ingreso (1° inscripción): \_\_\_\_\_  
 CIC Nº \_\_\_\_\_ Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección Particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Contacto: Celular: \_\_\_\_\_ Línea fija: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**ARTICULADOS DEL ESTATUTO DE LA U.N.A. PARA EL BENEFICIO DE LA EXONERACIÓN ARANCELARIA**

1. ART. 208°: FUNCIONARIO Y DIRECTIVO   
 2. ART. 209°: PROMEDIO SOBRESALIENTE  ACTIVIDADES DEPORTIVAS  ACTIVIDADES CULTURALES   
 3. ART. 210°: INSOLVENCIA   
 4. ART. 211°: INGRESANTES

**DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

1. Ciudad: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_  
 2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad:  Paraguaya  Extranjera, Especificar: \_\_\_\_\_  
 3. Sexo:  Masculino  Femenino  
 4. Estado Civil  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Otro: \_\_\_\_\_  
 5. Hijos  Si Cantidad: \_\_\_\_\_  No

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

6. Curso: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_  
 7. Cantidad de asignaturas reprobadas en el curso inmediato anterior: \_\_\_\_\_  
 8. Cantidad de asignaturas aprobadas en el curso inmediato anterior: \_\_\_\_\_  
 9. Condición actual  Regular  Irregular:  
 10. Promedio del año: \_\_\_\_\_ Promedio general \_\_\_\_\_

**CONDICIONES GENERALES DE SALUD**

11. Seguro Médico:  IPS  Privado  Ninguno  
 12. Alérgico a: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo/RH: \_\_\_\_\_  
 13. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?  SI  NO (Pasar a la pregunta 15)  
 14. Tipo de discapacidad:  Visual  Motriz  Auditivo  Otros, Especificar: \_\_\_\_\_

**BECAS ANTERIORES**

15. ¿Obtuvo beca anteriormente?  SI  NO (Pasar a la pregunta 12)  
 16. ¿Qué institución le otorgó?  Itaipu  Gobernación  Otras Instituciones/Empresas(\*)  
 (\*) Especificar \_\_\_\_\_

**DATOS ECONÓMICOS DEL ESTUDIANTE**

17. ¿Trabaja?  SI  NO Si es afirmativo, especifique:  
 17.1. Tipo:  Institución Pública  Empresa Privada  Independiente o por cuenta propia  
 17.2. Señale el Cargo igual o equivalente a:  Auxiliar  Técnico/a  Encargado/a  Jefe/a  Director/a/Gerente  
 17.3. Ingreso: (Total aproximado)  Menos de un salario mínimo  Más de dos y hasta tres salarios mínimos  Más de tres y hasta cuatro salarios mínimos  Más de uno y hasta dos salarios mínimos  Más de cuatro salarios mínimos  
 18. ¿Cómo piensa solventar los gastos de educación universitaria? (MARCAR UNA SOLA OPCIÓN)  
 1 Beca/exoneración total  2 Beca/exoneración parcial  3 Trabajo personal  4 Ayuda familiar



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Avda. Mcal. López y Coronel Casal - Campus Universitario  
Telef. 480-081/683931 int. 479 - E-MAIL: fcm@med.una.py WEB: www.med.una.py  
San Lorenzo - Paraguay

### DATOS FAMILIARES

19. Datos de los padres o tutores: (MARCAR CON X, UNA OPCIÓN)

19.1. Educación: Indicar el último nivel de instrucción logrado

	Sin instrucción (1)	Básica Incompleta (2)	Básica completa (3)	Media Incompleta (4)	Media completa (5)	Técnica completa (6)	Superior no universitaria <sup>(*)</sup> (7)	Universitaria incompleta (8)	Universitaria completa (9)	Postgrado o Postítulo (10)
Padre										
Madre										

(\*) Incluye instrucción en Institutos Superiores

19.2 Ocupación actual: En caso de ser jubilado, indicar la última ocupación realizada

Alternativa de respuesta	Padre	Madre
Obrero/a, Jornalero/a, Servicio doméstico	(1)	
Vendedor /a, Técnico/a independiente o con Oficio	(2)	
Administrativo /a o Técnico /a dependiente	(3)	
Policia/Militar rango subalterno/Comerciante/Docente de primaria y secundaria	(4)	
Profesional dependiente o independiente/ Docente Universitario	(5)	
Gerente o Director dependiente/ Policia/Militar rango superior	(6)	
Empresario /a	(7)	
Con ocupación no remunerada (ama de casa)	(8)	
Fallecido	(9)	
Desempleado	(10)	
No sabe	(11)	

20. Ingreso económico familiar (se refiere a los ingresos de su hogar actual)

20.1 Ingreso familiar: (Total aproximado G)	1 Hasta dos salarios mínimos	4 Más de 10 y hasta 15 salarios mínimos
	2 Más de dos y hasta cinco salarios mínimos	5 Más de 15 salarios mínimos
	3 Más de cinco y hasta 10 salarios mínimos	

20.2 Nº de personas que dependen del ingreso familiar: \_\_\_\_\_

21. Disponibilidad de los bienes y servicios familiares. Especificar cantidad

Bienes y Servicios	Tenencia		
	SI	(Cantidad en número)	NO
Casa propia (inmueble construido)			
Terreno (inmueble sin construir)			
Automóvil			
Acondicionador de aire			
Nº de línea de teléfono fijo			
TV Cable			
PC			
Conexión a Internet			

22. Medio de transporte utilizado para asistir a clases

1 Público	2 Propio	3 Otro, Especificar _____
-----------	----------	---------------------------

<sup>1</sup> Sede, Especificar si corresponde: Sede Central (Asunción. Otras regiones del país (Santa Rosa del Aguaray.).

Dejo expresa constancia que los datos consignados en este formulario son fidedignos y aseguro la veracidad de los mismos.

FIRMA: .....