Minga Guazú, ……… de ……………………. de 20……

Señor

**Dr. Raúl Humberto Fanego Seitz, presidente**

Comisión de Selección. Concurso de Títulos, Méritos y Aptitudes

Facultad de Ciencias de la Salud. UNE

Presente

Yo, …..…………………………………………………………………….. con Documento de Identidad Civil Nro. ……………, de nacionalidad ……………………… solicito la admisión de mis documentos (personales y académicos) y mi inscripción como **postulante** al cargo de **Coordinador de Prácticas Integradoras (Profesionales)**, de la carrera de ………………………….., en el marco del *Concurso de Título/s, Méritos y Aptitudes* convocado por la *Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este,* correspondiente al período académico 2019.

Manifiesto bajo fe de juramento no desempeñar ninguna otra función incompatible con el cargo y mi acatamiento a lo dispuesto por las normativas nacionales e institucionales vigentes, en lo que afecte a mi gestión como docente, en caso de que se produjere mi admisión al cargo.

Atentamente,

**Firma del/la postulante al cargo**

**Nota:** Se adjuntan documentos con datos adicionales requeridos para la postulación.

**Nombre(s) y apellido(s):** ………………………………………………………………

*Si usted ejerce la* ***docencia****[[1]](#footnote-1) (y/o es* ***funcionario/a administrativo/a****) en otra Unidad Académica (Facultad) de la Universidad Nacional del Este, le solicitamos se sirva, por favor, completar los siguientes datos:*

**Unidad Académica (Facultad): ………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo que ocupa** | **Asignatura/Módulo/Área** | **Carrera** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Días** | **Mañana** | **Tarde** | **Noche** |
| *Desde* | *Hasta* | *Desde* | *Hasta* | *Desde* | *Hasta* |
| Lunes |  |  |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |  |  |

***Observación:*** …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

**Unidad Académica (Facultad): ………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo que ocupa** | **Asignatura/Módulo/Área** | **Carrera** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Días** | **Mañana** | **Tarde** | **Noche** |
| *Desde* | *Hasta* | *Desde* | *Hasta* | *Desde* | *Hasta* |
| Lunes |  |  |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |  |  |

***Observación:*** …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………

**Firma**

Si usted es funcionario/a en otra institución pública (hospital, centro de salud, u otra institución del Estado) que **NO** sea la Universidad Nacional del Este, le solicitamos se sirva, por favor, completar los siguientes datos:

**Institución: ………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo que ocupa** | **Área, sector, departamento** **(ó asignatura/módulo)** | **Carrera (si correspondiere)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Días** | **Mañana** | **Tarde** | **Noche** |
| ***Desde*** | ***Hasta*** | ***Desde*** | ***Hasta*** | ***Desde*** | ***Hasta*** |
| Lunes |  |  |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |  |  |

***Observación:*** …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

**Institución: ………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo que ocupa** | **Área, sector, departamento** **(ó asignatura/módulo)** | **Carrera (si correspondiere)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Días** | **Mañana** | **Tarde** | **Noche** |
| ***Desde*** | ***Hasta*** | ***Desde*** | ***Hasta*** | ***Desde*** | ***Hasta*** |
| Lunes |  |  |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |  |  |

***Observación:*** ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………..

 **Firma**

1. **Docente, Investigador, Extensionista** [↑](#footnote-ref-1)