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): ……

Nuestra MISIÓN

Formar profesionales de las ciencias de la salud, con elevados valores humanos, capaces de mejorar la calidad de vida de la región y del país, con responsabilidad social; y producir conocimientos a través de riguroso proceso de investigación científica.

*Si usted ejerce la **docencia**[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

[1] **Docente, Investigador, Extensionista**

Nuestra MISIÓN

Formar profesionales de las ciencias de la salud, con elevados valores humanos, capaces de mejorar la calidad de vida de la región y del país, con responsabilidad social; y producir conocimientos a través de riguroso proceso de investigación científica.

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