



FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Resolución del Consejo Superior Universitario N° 112/2021.-

ANEXO II

FORMULARIO DE POSTULACION PARA LA GRATUIDAD DE LOS CURSOS DE ADMISION Y DE GRADO DE LA UNVES

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| FECHA: | | |
| Señor Decano/Director: _____ Facultad/Escuela: _____ de la UNVES | | |
| El/la que suscribe | | |
| Nombres y Apellidos del Postulante | | |
| Cedula de Identidad Civil Numero | Número de Teléfono | |
| | | |
| Localidad/Domicilio/Barrio/N° de Casa | Dirección de Correo Electrónico | |
| | | |
| Nombre del Colegio de Egreso | Año de Egreso del Colegio | |
| | | |
| Tipo de Gestión del Colegio | | |
| <input type="checkbox"/> Publico | <input type="checkbox"/> Privado Subvencionado | <input type="checkbox"/> Privado |
| <input type="checkbox"/> Declaro por al presente no superar los cinco (5) años de haber egresado de la Educación Media en una Institución publica o subvencionada estatalmente, conforme a los establecido en el artículo 5 del Decreto N° 4734/2021.- | | |
| <input type="checkbox"/> Por la presente declaró que esta es mi postulación (numero) ____ a una carrera en la UNVES (para los estudiantes de CPA) | | |
| <input type="checkbox"/> 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 de la ley N° 6628/2020 y su Decreto Reglamentario N° 4734/2021.- | | |
| _____ Firma y Aclaración del Postulante | | |
| PARA SER COMPLETADO POR LA UNIDAD ACADEMICA | | |
| <i>Recibido por</i> | <i>Firma</i> | <i>Fecha</i> |