



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE

RECTORADO

Campus Universitario, Km. 8 Lado Acaray
Calle Universidad Nacional del Este c/Rca. del Paraguay
Ciudad del Este – Paraguay

Teléfono y Fax +595 61 575478/80
Casilla de Correo N° 389
Web: www.une.edu.py

Solicitud de Inscripción de Títulos de Grado expedidos por la UNE en el Ministerio de Educación y Cultura.

Ciudad del Este, de 20

Señor

**Prof. Ing Agr. José De los Santos Sánchez Martínez, Rector
Universidad Nacional del Este**

El/ la que suscribe _____
C.I. N° _____ domiciliado/a en _____
N° _____, se dirige al señor Rector, y solicita tenga a bien disponer por donde corresponda la inscripción en el Ministerio de Educación y Ciencias (Ley N° 1264), de su título de _____ N° _____, expedido por la Universidad Nacional del Este, por lo que acompaña a la presente los siguientes documentos:

A. SÓLO INSCRIPCIÓN

1. Originales

- a. Título de Grado
- b. Certificado de Estudios de Grado, formato actualizado, expedido por la Unidad Académica Respectiva.
- c. Certificado de Estudios de Educación media visado por la Supervisión de apoyo y control administrativo.
- d. Constancia de práctica hospitalaria (Para egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud).
- e. Constancia de pasantía (Para egresados de la carrera de Psicología).
- f. Certificado de estudios de carreras anteriormente cursadas, Visado para **egresados de la UNE** (En caso de observarse materias convalidadas).
- g. Certificado de estudios de carreras anteriormente cursadas, legalizado por el MEC para **egresados de otras universidades**, con firma digital cualificada emitida por la máxima autoridad de la institución de educación superior de origen, el cual debe ser remitida con anterioridad al correo electrónico: direccion_academica@une.edu.py o entregar en ventanilla con un pendrive para realizar la copia (En caso de observarse materias convalidadas).

2. Fotocopias autenticadas por escribanía pública

- a. Cédula de Identidad actualizada.
- b. Resolución de convalidación, por cada alumno (En caso de observarse materias convalidadas).

Firma del Interesado

E – mail _____ Teléfono Móvil _____
Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____ **OBS:**
PLAZO DE ENTREGA MÍNIMO 03 (TRES) MESES -DÍAS HÁBILES

Los datos que usted proveerá a la Institución tendrán carácter de DECLARACION JURADA, para los fines que hubiere lugar.