



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ADMISIÓN - 2026

Ciudad del Este, de..... 202..

Dra. Paola Sánchez de Vergara, Decana
Facultad de Filosofía - UNE

El/la que suscribe _____ con CI. N°:

_____ solicita inscripción para postularse a la Carrera de:

Opción 1: _____ Opción 2: _____
de la Sede

Requisitos para matriculación:

1	Copia de cédula de identidad autenticada por escribanía.	
2	Certificado de nacimiento original o copia autenticada por escribanía.	
3	Constancia de egreso del nivel medio.	
4	Copia del título de Bachiller, legalizado por el MEC y Rectorado de la UNE.	
5	Certificado de estudios, legalizado por el MEC y Rectorado de la UNE, original.	

Datos personales del postulante:

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Departamento: _____

Nacionalidad: _____ Teléf. N°: _____

Dirección particular del postulante:

Localidad: _____ Barrio: _____

Dirección: _____

Contacto de emergencia: _____

Datos Académicos:

Colegio de procedencia: _____

Nacional / Público: ☐

Privado: ☐

Subvencionado: ☐

Egresado del Bachillerato (Especificar modalidad y énfasis): _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Situación ocupacional:

Trabaja		Dependiente de los padres		Cónyuge	
SI	☐	NO	☐	SI	☐
	☐		☐	NO	☐



I- Datos Familiares:

- Nombre y Apellido del padre: Edad:
- Profesión del Padre:
- Nombre y Apellido de la madre: Edad:
- Profesión de la madre:

II- Salud del Alumno:

- ¿Padece alguna enfermedad? No (.....) Sí (.....). En caso que sea sí, ¿cuál?
.....
- ¿Consume algún medicamento? No (.....) Sí (.....). En caso que sea sí, ¿cuál?
.....
- ¿Está con algún tratamiento médico? No (.....) Sí (.....). En caso que sea sí, ¿cuál?
.....
- ¿Tiene alguna discapacidad? No (.....) Sí (.....). En caso que sea sí, ¿cuál?
.....
- ¿Cuenta con un diagnóstico de su discapacidad? No (.....) Sí (.....). Si cuenta, adjuntar al
formulario.
- ¿Cuenta con un seguro médico? No (.....) Sí (.....). En caso que sea sí, ¿cuál?
.....

Firma:_____