



**AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE HABERES EXCLUSIVO PARA DOCENTES Y
FUNCIONARIOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS - UNA, QUE CURSAN
POSTGRADOS EN LA INSTITUCIÓN**

San Lorenzo, de de 202

Señor

Prof. Dr. Erik Marcelo Ledesma Solís, Director

Dirección de Postgrado

Facultad de Ciencias Químicas

Universidad Nacional de Asunción

Presente

El/La que suscribe _____,
con cédula de identidad civil N° _____, con domicilio en _____,
N° _____, Barrio _____, de la ciudad de _____,
N° de teléfonos: casa _____, oficina _____, celular _____,
Correo electrónico _____, se dirige a Ud. en carácter de:

Funcionario/a permanente ☐

Funcionario/a contratado/a ☐

Dirección o Dependencia: _____

Cargo: _____

Docente

Profesor titular ☐

Profesor Adjunto ☐

Profesor Asistente ☐

Docente encargado de Cátedra ☐

Auxiliar de Enseñanza ☐

Carrera: _____

Asignatura: _____

Curso: _____ Semestre: _____ Turno: _____

Autorizo suficientemente a la Dirección Financiera de la Facultad de Ciencias Químicas de la
Universidad Nacional de Asunción, a descontar de mis haberes la suma de

G_____.- (_____)

durante _____ meses, a partir del mes de _____ de 202__, en concepto de pago
correspondiente al programa de Postgrado _____

Nombre y Apellido

C.I.C. N°

Firma