



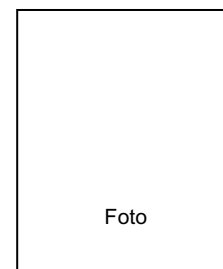
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA**



SOLICITUD DE INGRESO

ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA

Lea con atención y escriba con máquina o con letra de molde en los espacios que correspondan de manera clara y verdadera.



INFORMACIÓN GENERAL:

NOMBRE		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Nacionalidad:	Estado civil:	Fecha de nacimiento (Día, mes, año)	Edad

DOMICILIOS

PERMANENTE EN SU LUGAR DE ORIGEN:			
Calle y número		Colonia	Ciudad
Municipio	Estado	País	Código Postal
Teléfonos (incluyendo área)		Correo electrónico (e-mail)	Fax

DOMICILIO EN LA CIUDAD (en caso de ser diferente al anterior)		
Calle y número		Ciudad
Código Postal	Teléfono(s)	

DOMICILIO DEL CONSULTORIO O LUGAR DE TRABAJO			
Calle y número		Colonia	Ciudad
Estado	País	Código Postal	Teléfono(s)

DATOS DE LOS FAMILIARES MÁS CERCANOS (padres, cónyuge en su caso)

Nombre	Parentesco	Dirección	Teléfono(s)

ANTECEDENTES ESCOLARES

ESTUDIOS PROFESIONALES				
Universidad:		Facultad o Escuela:		
Ciudad:	País:		Período de estudios:	
Fecha de titulación:	Promedio general:		¿Elaboró tesis? SI ___ NO ___ ¿De investigación? SI ___ NO ___	
Título de la tesis:				
¿Ha presentado evaluación del CENEVAL? SI ___ NO ___				
Resultado obtenido:				
Distinciones recibidas durante estudios:				
Mención Honorífica		Mérito escolar	Otra	Especificar:

SERVICIO SOCIAL	
Institución donde lo realizó:	Período:
Especificar actividades:	

OTROS ESTUDIOS SUPERIORES							
Nombre del curso:							
Nivel de estudios:	Licenciatura		Especialidad		Maestría	Doctorado	Otro:
Institución:							
Ciudad:		País:			Período:		
¿Estudios concluidos? SI ___ NO ___		En caso negativo, indicar semestre, módulo o créditos cursados:					
¿Obtuvo Grado o Diploma? SI ___ NO ___							

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

DOMINIO DE IDIOMAS (Señale un porcentaje aproximado)				
Idioma	Interpretación (lectura)	Traducción	Comunicación verbal (lo habla)	Comunicación escrita
Español (para extranjeros)				
Inglés				
Francés				
Otro:				

PRÁCTICA PRIVADA EN ODONTOLOGÍA: SI ___ NO ___	
Período (s):	Lugar:

EXPERIENCIA DOCENTE: SI ___ NO ___		
Institución	Período(s)	Curso(s) impartido(s)

EXPERIENCIA EN LA INVESTIGACIÓN: SI ___ NO ___		
Institución	Período	Título del proyecto

EXPERIENCIA PROFESIONAL		
Cargos desempeñados:	Nombre de la institución o empresa:	Período:

ORGANIZACIONES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE O HA PERTENECIDO	
Nombre de la organización:	Período:

PUBLICACIONES			
Título de la publicación	Tipo de publicación	Nombre de la revista (en su caso)	Fecha de publicación

PRESENTACIONES EN CONGRESOS, SEMINARIOS, SIMPOSIA		
Nombre del evento:	Título de la presentación:	Fecha:

DISTINCIONES RECIBIDAS		
Nombre de la distinción, premio, certificado	Otorgado por:	Fecha

ASISTENCIA A CURSOS, CONFERENCIAS, CONGRESOS (empezar por los más recientes)		
Nombre del evento:	Organizado por:	Fecha:

BECAS		
	Anterior(es)	Actual(es)
Institución otorgante:		

* En cualquiera de las secciones, si los espacios no fueran suficientes, puede agregar un anexo con mayor información.

MOTIVOS PERSONALES Y PROFESIONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE POSGRADO EN ESTA INSTITUCIÓN

--

Bajo protesta de que todos los datos aquí escritos son verdaderos y se anexan copias fotostáticas que los comprueban

Nombre del solicitante_____
Firma del solicitante_____
Fecha**COPIAS FOTOSTÁTICAS DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN ESTA SOLICITUD**

Título Profesional	
Certificado de estudios profesionales	
Cédula profesional	
Acta de nacimiento	
Documentos migratorios (en caso de extranjeros)	
Carta de exposición de motivos	
Carta de compromiso de solvencia económica y dedicación de tiempo completo	
Cartas de recomendación	
Otros (especificar):	

ESTA SECCIÓN ES PARA SER LLENADA EXCLUSIVAMENTE POR LA U.A.B.C.**RESULTADOS**

Examen de conocimientos		
Examen de idioma Inglés		
Examen psicométrico		
Apreciación de habilidades		
Entrevista con el comité		
ACEPTADO	SI	NO
Comentarios		