



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI



## SOLICITUD DE INGRESO

<b>ESPECIALIDAD EN PROSTODONCIA</b>	
-------------------------------------	--

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

Foto

### *INFORMACIÓN GENERAL:*

<b>NOMBRE</b>		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

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

### **DOMICILIOS**

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

<b>DOMICILIO EN LA CIUDAD (en caso de ser diferente al anterior)</b>		
Calle y número		Colonia
Código Postal	Teléfono(s)	

<b>DOMICILIO DEL CONSULTORIO O LUGAR DE TRABAJO</b>			
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

<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>		
Cargos desempeñados:	Nombre de la institución o empresa:	Período:

<b>ORGANIZACIONES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE O HA PERTENECIDO</b>	
Nombre de la organización:	Período:

<b>PUBLICACIONES</b>			
Título de la publicación	Tipo de publicación	Nombre de la revista (en su caso)	Fecha de publicación

<b>PRESENTACIONES EN CONGRESOS, SEMINARIOS, SIMPOSIA</b>		
Nombre del evento:	Título de la presentación:	Fecha:

<b>DISTINCIONES RECIBIDAS</b>		
Nombre de la distinción, premio, certificado	Otorgado por:	Fecha

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

<b>BECAS</b>		
	Anterior(es)	Actual(es)
Institución otorgante:		

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

