



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



SOLICITUD DE INGRESO

ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA INTEGRAL

Foto

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.

