****

# ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA



**SOLICITUD DE INGRESO**

Lea con atención y escriba con impresora o con

letra de molde en los espacios que corresponda

de manera clara y verdadera.

| **Apellido Paterno** | | | **Apellido Materno** | | | **Nombre(s)** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | |
| **Nacionalidad** | **Estado Civil** | | | **Fecha de Nacimiento (día, mes, año)** | | | | **Edad** |
|  |  | | |  | | | |  |
| **Núm. de Pasaporte** | | **Núm. de Cédula Prof.** | | | **R.F.C.** | | **Núm. matr. UABC** | |
|  | |  | | |  | |  | |

| **DOMICILIO PERSONAL** |
| --- |
| **Calle: Número:** |
| **Colonia: Código Postal:** |
| **Ciudad: Estado:** |
| **Teléfono: Teléfono celular:** |
| **Correo electrónico:** |
| **DOMICILIO PROFESIONAL** |
| **Nombre de la empresa o institución:** |
| **Calle: Número:** |
| **Colonia: Código Postal:** |
| **Ciudad: Estado:** |
| **Teléfono:** |

ANTECEDENTES ESCOLARES

| **ESTUDIOS PROFESIONALES** | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Universidad: | | | | | Facultad o Escuela: | | | | |
| Ciudad: | | | País: | | | | | Periodo 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 los estudios: | | | | | | | | | |
| Mención honorifica |  | Mérito escolar | |  | | Otra |  | | Especificar: |

| **SERVICIO SOCIAL** | |
| --- | --- |
| Institución donde lo realizó: | Periodo: |
| Especificar actividades: | |

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

INFORMACION COMPLEMENTARIA

| **DOMINIO DE IDIOMAS (señale un porcentaje aproximado)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma | Interpretación (lectura) | Traducción | Comunicación verbal (lo habla) | Comunicación escrita |
| Español (para extranjeros) |  |  |  |  |
| Inglés |  |  |  |  |
| otro |  |  |  |  |

| **PRACTICA PRIVADA EN ODONTOLOGÍA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_** | |
| --- | --- |
| Periodo (s) | Lugar: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

| **EXPERIENCIA DOCENTE: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_** | | |
| --- | --- | --- |
| Institución | Periodo | Curso (s) impartido (s) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **EXPERIENCIA EN LA INVESTIACION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_** | | |
| --- | --- | --- |
| Institución | Periodo | Título del proyecto |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **EXPERIENCIA PROFESIONAL: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_** | | |
| --- | --- | --- |
| Cargos desempeñados | Nombre de la Institución o empresa | Periodo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **ORGANIZACIONES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE O HA PERTENECIDO** | |
| --- | --- |
| Nombre de la organización | Periodo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

| **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 | Título de la presentación | Fecha |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **ASISTENCIA A CURSOS, CONFERENCIAS, CONGRESOS (iniciar por las más recientes:** | | |
| --- | --- | --- |
| Nombre del evento | Organizado por | Fecha |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **BECAS:** | | |
| --- | --- | --- |
| Institución otorgante | Anterior (es) | Actual (es) |
|  |  |  |
|  |  |  |



| **MOTIVOS PERSONALES Y PROFESIONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE POSGRADO EN ESTA INSTITUCION** |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| **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 FOTOSTATICAS DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN A ESTA SOLICITUD** | |
| --- | --- |
| 1. Carta de exposición de motivos |  |
| 1. Acta de nacimiento |  |
| 1. Título profesional |  |
| 1. Cedula profesional |  |
| 1. Certificado de estudios |  |
| 1. Comprobante de examen EGEL CENEVAL |  |
| 1. Documento migratorio (en caso de extranjeros) |  |
| 1. CURP |  |
| 1. Certificado médico |  |
| 1. Carta de solvencia económica |  |
| 1. Fotografías |  |
| 1. Cartas de recomendación (2) |  |
| 1. Curriculum vitae |  |
| 1. Copia recibo de pago de curso |  |
| 1. Otros (especificar) |  |

| **ESTA SECCION ES PARA SER LLENADA EXCLUSIVAMENTE POR LA UABC** |
| --- |

| **RESULTADOS** | | |
| --- | --- | --- |
| Examen de conocimientos |  | |
| Examen del idioma inglés |  | |
| Examen psicométrico |  | |
| Aprovechamiento de habilidades |  | |
| Entrevista con el Comité de Admisión |  | |
| **ACEPTADO** | **SI** | **NO** |
| **COMENTARIOS** |  | |