



Universidad Autónoma de Baja California

FACULTAD DE ODONTOLOGIA TIJUANA

ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA.

Forma de recomendación

*El contenido de este documento es confidencial y no debe ser del conocimiento del candidato.
Favor de enviarlo en sobre cerrado y firmado.*

Nombre del candidato: _____

Programa de posgrado al que solicita ingreso: _____

Nombre del recomendante: _____

Experiencia en el campo de desarrollo del
recomendante (Antigüedad): _____

Describa cómo y desde cuándo conoce al candidato: _____

Si el candidato tomó algún curso con usted, ¿Cuál fue su desempeño y como lo evaluaría?

Favor de evaluar al candidato de acuerdo a la siguiente escala, colocando una "x" en la columna respectiva:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Conocimientos y habilidades				
Dedicación al trabajo				
Imaginación y creatividad				
Hábitos en el trabajo:				
Organización				
Planificación				
Oportunidad				
Habilidad para comunicarse				
Rendimiento				
Iniciativa				
Perseverancia				
Actitud				

Comente las habilidades y debilidades del candidato, especialmente en términos del rendimiento y desempeño en su trabajo/escuela y agregue cualquier comentario que considere usted sea importante en la evaluación del mismo. Esta información será de suma importancia para los evaluadores. (Use el reverso de la hoja si es necesario)

NOMBRE Y FIRMA DEL RECOMENDANTE

PUESTO

DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA

SOLICITUD DE INGRESO

Lea con atención y escriba con impresora o con letra de molde en los espacios que corresponda de manera clara.

FOTO

INFORMACIÓN GENERAL:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)

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

DOMICILIO:

PERMANENTE EN SU LUGAR DE ORIGEN:			
Calle y número	Colonia	Ciudad	
Municipio	Estado	País	Código Postal
Teléfonos (incluyendo lada)		Correo electrónico	

DOMICILIO EN LA CIUDAD (en caso de ser diferente al anterior)	
Calle y número	Colonia
Ciudad	Teléfonos

DOMICILIO DEL CONSULTORIO O LUGAR DE TRABAJO	
Calle y número	Colonia
Ciudad	Teléfonos

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

Nombre	Parentesco	Dirección	Teléfono(s)

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 honorífica		Merito 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	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

DISTINCIIONES RECIBIDAS:

Nombre de la distinción, premio, certificado:	Título de la presentación	Fecha

ASISTENCIA CURSOS, CONFERENCIAS, CONGRESOS (iniciar por los más recientes):

Nombre del evento:	Organizado por:	Fecha

BECAS:

Institución otorgante	Anterior(es):	Actual(es)

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

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	
Título profesional	
Certificado de estudios profesionales	
Cédula profesional	
Acta de nacimientos	
Documento migratorio (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 UABC

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