



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

DISTINCIONES 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		