

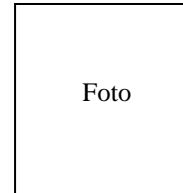


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA**



ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA

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 honorífica		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)

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

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. Título profesional	
2. Cedula profesional	
3. Certificado de estudios	
4. Acta de nacimiento	
5. Documento migratorio (en caso de extranjeros)	
6. CURP	
7. Certificado médico	
8. Carta de solvencia económica	
9. Cartas de recomendación (2)	
10. Curriculum vitae	
11. Comprobante de examen EGEL CENEVAL	
12. Fotografías	
13. Copia recibo de pago de curso	
14. Oros (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		