



# SOLICITUD DE INGRESO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - COORDINACIÓN DE POSTGRADO

**POSGRADO**  
ODONTOLOGÍA • UABJO

POSGRADO  
ODONTOLOGÍA • UABJO



EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER EN PDF, ÉSTE ES EDITABLE Y LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN PARA USO EXCLUSIVO DEL POSTGRADO. CON FINES ÚNICAMENTE ACADÉMICOS

## INFORMACIÓN GENERAL

Escribe correctamente los datos que se te solicitan.

NOMBRE (S) \*

APELLIDO PATERNO \*

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL \*

EDAD: \*

UNIVERSIDAD DE ORIGEN \*

AÑO DE TITULACIÓN \*

LUGAR QUE OCUPÓ EN SU GENERACIÓN \*

APELLIDO MATERNO \*

FECHA DE NACIMIENTO \*

PROMEDIO GENERAL \*

## DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: \*

NÚMERO: \*

COLONIA \*

MUNICIPIO\*

ESTADO \*

PAÍS \*

CÓDIGO POSTAL \*

TELÉFONO FIJO

CELULAR\*

E-MAIL: \*

## DOMICILIO DEL TRABAJO O CONSULTORIO

CALLE \*

NÚMERO:

COLONIA \*

MUNICIPIO \*

ESTADO \*

PAIS \*

CÓDIGO POSTAL \*

TELÉFONO

## ANTECEDENTES ESCOLARES

NOMBRE DE LA PRIMARIA \*

CIUDAD \*

PERIODO \*

NOMBRE DE LA SECUNDARIA \*

CIUDAD \*

PERIODO \*

NOMBRE DE LA PREPARATORIA/BACHILLERATO \*

CIUDAD \*

PERIODO \*

## ESTUDIOS PROFESIONALES

### ESTUDIOS PROFESIONALES EN ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD\*

FACULTAD\*

CIUDAD\*

PERIODO\*

## OTROS ESTUDIOS

NOMBRE DEL CURSO CONCLUIDO:

INSTITUCIÓN:

CIUDAD:

PERIODO:



## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

### IDIOMAS

SELECCIONE EL PORCENTAJE APROXIMADO, EN EL QUE DOMINA LOS SIGUIENTES IDIOMAS:

#### ESPAÑOL

% TRADUCCIÓN                      % INTERPRETACIÓN                      % COMUNICACIÓN VERBAL

#### INGLES

% TRADUCCIÓN                      % INTERPRETACIÓN                      % COMUNICACIÓN VERBAL

#### FRANCES

% TRADUCCIÓN                      % INTERPRETACIÓN                      % COMUNICACIÓN VERBAL

#### OTRO

% TRADUCCIÓN                      % INTERPRETACIÓN                      % COMUNICACIÓN VERBAL

### SERVICIO SOCIAL

\*INSTITUCIÓN DONDE LO REALIZO:

\* PERIODO:

\* ACTIVIDAD DE PRÁCTICA:

### TITULACIÓN

\*TÍTULO DE TESIS O MODALIDAD:

### ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD PROFESIONAL:

LUGAR DE REALIZACIÓN:

PERIODO:

PRÁCTICA PRIVADA

LUGAR

PERIODO



## EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN (ES) / PERIODOS

CURSOS

INSTITUCIÓN (ES) / PERIODOS

CURSOS

¿SE REINCORPORARÁ A LA DOCENCIA EN LA INSTITUCIÓN? SI NO

En caso afirmativo envía Documento de la Institución firmado por el Director y con sello de la Escuela.

## EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN

TITULO

LUGAR E INSTITUCIÓN DE REALIZACIÓN

PERIODO

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN

TITULO

LUGAR E INSTITUCIÓN DE REALIZACIÓN

PERIODO

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

## RECONOCIMIENTOS

LISTA DE DISTINCIONES ACADEMICAS, MENCIONES HONORIFICAS, ETC.



FIRMA DE SOLICITANTE:

FECHA DE ENVÍO DE SOLICITUD