

SOLICITUD DE INGRESO A CONCURSO DE POSGRADO



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FO

**ESTUDIOS
DE
POSGRADO**

2016

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Dr. E. Aguirre Pequeño y Silao Col. Mitras Centro
Monterrey, N. L. México C.P. 64460



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

foto

SOLICITUD DE INGRESO

El llenado de esta solicitud deberá escribirse a máquina y los datos proporcionados serán para uso exclusivo del Posgrado

APLICACIÓN PARA EL POSGRADO DE:

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:

Apellido paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Nacionalidad

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Edad

Universidad de Origen

Año de Titulación

Promedio General

Lugar que ocupó en su generación

Domicilio Permanente

Calle

Número

Colonia

Municipio

Estado

País

C.P.

Teléfono(s)

Domicilio de Trabajo o Consultorio

Calle

Número

Colonia

Municipio

Estado

País

C.P.

Teléfono(s)

ANTECEDENTES ESCOLARES

	NOMBRE	CIUDAD	PERIODO
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
PREPARATORIA			

ESTUDIOS PROFESIONALES EN ODONTOLÓGIA

UNIVERSIDAD	FACULTAD	CIUDAD	PERIODO

OTROS ESTUDIOS: SI _____ NO _____

NOMBRE DEL CURSO, ESPECIALIDAD O LICENCIATURA: _____

INSTITUCIÓN

CIUDAD

PERIODO

SE TERMINO SI _____ NO _____

En caso de decir que no, indicar hasta que semestre, módulo o crédito se aprobó:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

IDIOMAS QUE DOMINA: (señalar un porcentaje aproximado)

ESPAÑOL

INGLES

FRANCÉS

OTRO _____

TRADUCCIÓN

INTERPRETACIÓN (Lectura)

COMUNICACIÓN VERBAL

SERVICIO SOCIAL

Institución donde lo
realizó _____

Período _____

TITULO DE LA TESIS PROFESIONAL

ACTIVIDADES COMUNITARIAS SI _____ NO _____

Institución donde las realizó _____

Período _____

Tipo de práctica (especificar actividades)

PRACTICA PRIVADA EN ODONTOLOGÍA SI _____ NO _____

Lugar _____

Período _____

EXPERIENCIA DOCENTE SI _____ NO _____

Institución(es) _____

Período(s) _____

Curso(s) _____

Al termino de los estudios regresará como docente a la Institución SI _____ NO _____

En caso afirmativo enviar comprobante, con sello de la Escuela y firma del Director

EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN SI _____ NO _____

Título _____

Lugar e Institución donde se realizó _____

Período _____

Resumen de la Investigación

LISTA DE DISTINCIONES ACADÉMICAS, CERTIFICADOS, HONORES ESPECIALES O AL SABER, ETC.

ASISTENCIA A CURSOS, CONFERENCIAS Y CONGRESOS

CURSO	FECHA
INSTITUCIÓN QUE LO ORGANIZO	CONFERENCISTA
CURSO	FECHA
INSTITUCIÓN QUE LO ORGANIZO	CONFERENCISTA
CURSO	FECHA
INSTITUCIÓN QUE LO ORGANIZO	CONFERENCISTA

PERSONAS QUE LO RECOMIENDEN PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE ESTA ESPECIALIZACIÓN EN NUESTRA INSTITUCIÓN. Tres especialistas del área enviarán directamente al Posgrado, las cartas de recomendación, en sobre cerrado y con sello o firma exterior, según el formato anexo.

NOMBRE
NOMBRF
NOMBRF

MOTIVOS PERSONALES Y PROFESIONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR ESTOS ESTUDIOS EN NUESTRA INSTITUCIÓN

Lugar y fecha de elaboración

Firma del solicitante