

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADOS DE ODONTOLOGÍA

## SOLICITUD DE INGRESO

Al término del llenado de esta solicitud se deberá imprimir

APLICACIÓN PARA EL POSGRADO DE:

### INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE (iniciando por Apellidos paternos)

Nacionalidad

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Edad

Universidad de Origen

Año de Titulación

Promedio General

Lugar que ocupo en su generación

Domicilio permanente

Municipio

Estado

País

Código Postal

Teléfono local

Celular

e-mail

Domicilio de Trabajo o Consultorio

Municipio

Estado

País

Código Postal

Teléfono local

Celular

e-mail

ANTECEDENTE ESCOLARES

PRIMARIA Nombre  Ciudad  Periodo

SECUNDARIA Nombre  Ciudad  Periodo

PREPARATORIA Nombre  Ciudad  Periodo

ESTUDIOS PROFESIONALES EN ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD  FACULTAD   
CIUDAD  PERIODO

Otros estudios  Diplomados universitarios, otra especialidad   
Institución  Ciudad  Período  Se terminó

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

IDIOMAS QUE DOMINA  
Idiomas que domina  VERBAL  TRADUCCIÓN

SERVICIO SOCIAL  
Institución donde lo realizó  Período   
Tipo de práctica (especificar actividades

TITULO DE LA TESIS PROFESIONAL

  
  

ACTIVIDADES COMUNITARIAS

PERÍODO

Institución donde las realizó

Tipo de práctica (especificar)

PRACTICA PRIVADA EN ODONTOLOGÍA

Período

Lugar

EXPERIENCIA DOCENTE

Período

Institución (es)

Curso (s)

Al término de los estudios regresará como docente a la Institución

EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN

TITULO

Lugar e Institución donde se realizó

Período

Resumen de la Investigación

“Presentar documentos comprobatorios al momento de recepcionar sus documentos

ASISTENCIA A CURSOS, CONFERENCIAS Y CONGRESOS

Cursos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Cursos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Cursos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Cursos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Cursos	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

MOTIVOS PERSONALES Y PROFESIONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR ESTUDIOS DE ESTA ESPECIALIDAD E INSTITUCIÓN

Fecha

FIRMA \_\_\_\_\_