|  |
| --- |
| Icono  Descripción generada automáticamente  fotografía |

**** 

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**PROCESO DE SELECCIÓN 2021**

Favor de llenar en computadora, en mayúsculas y minúsculas, incluir acentos (si aplica).

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | Apellido paterno | | | | | Apellido materno | | | | | | | Nombre (s) | | |
| Fecha de Nacimiento: | | | | |  | | | | | | | | Edad: | | |  |
| Lugar de nacimiento: | | | | |  | | | | | | | | CURP: | | |  |
| Nacionalidad: | | | |  | | | | | | | | | RFC: | | |  |
| Estado civil: | | |  | | | # Hijos | |  | | | Teléfono fijo: | | | | |  |
| Celular: |  | | | | | | | | Email: | | |  | | | | |
| Nombre del padre, tutor o familiar: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Parentesco *(si es diferente al padre):* | | | | | | |  | | | Teléfono tutor: | | | | | **( )** | |

**DOMICILIO PERMANENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección: | |  | | | | | | | | |
| Calle | | | | | | | número exterior e interior | |
| Colonia: | |  | | | Localidad | | |  | | |
| Municipio: | |  | | | Estado: | | |  | | |
| País: |  | | | | | | Código postal: | | |  |
| Teléfono de domicilio: | | | Código de país: |  | | Lada: | | **( )** | | |

**DOMICILIO DURANTE SU ESTANCIA EN SINALOA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Calle y número: | |  | | | | |
| Colonia: |  | | | Municipio: | |  |
| Estado: |  | | | C.P. |  | |
| Teléfono domicilio: | | lada | **( )** | | | |

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Universidad de procedencia: | | | |  | | | | | | | |
| Facultad o Escuela: | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Municipio, Estado y País de la institución de procedencia. | | | | | | | | | | | |
| Licenciatura: | |  | | | | | | | | | |
| Lugar que ocupó de generación: | | | | |  | Promedio General: | |  | periodo: | |  |
| Fecha de Titulación: | | |  | | | | No. Cédula profesional: | | |  | |
| **Título de la tesis Profesional:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Tutor (es): |  | | | | | | | | | | |

**Otros estudios:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del curso, especialidad o licenciatura: | | | | | |  | |
| Institución: | | |  | | | | |
| Período: |  | | | ciudad, estado y país |  | | |
| ¿Terminó? | |  | | | | | |
| En caso de decir no, indicar hasta que semestre, módulo o crédito se aprobó: | | | | | | |  |

**Distinciones académicas, honores especiales, etc.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**EXPERIENCIA PROFESIONAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Práctica privada en Odontología:** | | | | si |  | no | |  | Período: | | | |  | | | | |
| Domicilio de consultorio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | | | número: | | | | | |
| Colonia: |  | | | | | | | | Municipio: | | | | |  | | | |
| Estado |  | | | | | | País: | | |  | | | | | C.P. | |  |
| Teléfono: | lada | **( )** | | | | | | | | | Ejerce actualmente: | | | | |  | |

**Otros empleos:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución y/o empresa: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Período: |  | | | Puesto desempeñado: | | | | | | |  | | | | | |
| Domicilio |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | | | | | | | | número: | | | | |
| Colonia: |  | | | | | | Municipio: | | |  | | | | C.P. | |  |
| Estado |  | | | | | País: | | |  | | | | Teléfono | | **( )** | |
| ¿Trabaja actualmente? | |  | | | ¿Dónde? | | |  | | | | | | | | |
| ¿Cuál es su ingreso aproximado? | | | | |  | | | | | | | | | | | |

**EXPERIENCIA DOCENTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución (es): | |  | | | | |
| Período (s): |  | | | | | |
| Curso (s): |  | | | | | |
| Al término de los estudios ¿regresará como docente a la institución? | | | Si \* |  | No |  |
| *\*(****en caso afirmativo anexar comprobante con sello de la escuela y firma del director)*** | | | | | | |

**EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Título: | | | | |
| Lugar e institución donde se realizó: | |  | | |
| Fecha de publicación: |  | | Revista: |  |
| **Resumen de la Investigación:** | | | | |
|  | | | | |

*En caso de contar con más publicaciones agregarlas.*

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:**

**Idiomas que domina:** (señalar un porcentaje aproximado)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma | | Traducción | | | | | Interpretación (lectura) | | | | Comunicación verbal | | | | |
| * Inglés | |  | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | |
| **¿Habla alguna lengua indígena?** | | | |  | | **¿Cuál?** | |  | | | | | | | |
| ¿Tiene alguna discapacidad?: |  | | Especifique: | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| Física/motriz | | |  | Intelectual |  | | Múltiple |  | Auditiva/hipoacusia |  |
|  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| Auditiva: sordera | | |  | Visual: baja visión |  | | Psicosocial |  | Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**¿Pertenece a algún gremio, academia científica, asociación, colegio, etc.?** SI NO ¿cuál?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**REFERENCIAS.**

Nombre y dirección de dos especialistas del área de rehabilitación que lo recomiendan para realizar los estudios de la Especialidad *(adjuntar las cartas de recomendación en sobre cerrado con el formato oficial).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Domicilio: | |  |
|  |  | |
| Domicilio: | |  |

**BECAS Y FINANCIAMIENTO:**

**En caso de ser becado:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de beca: |  | |
| Institución o empresa que la otorga: | |  |

**¿Con qué cantidad cuenta para poder cubrir los gastos de laboratorios, material e instrumental, así como para la asistencia a actividades académicas tanto nacionales como en el extranjero durante el tiempo que dure su especialización?**

En peso mexicano o su equivalente en dólar estadounidense.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***$*** |  | mensuales |

**MOTIVOS PERSONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LA ESPECIALIDAD:**

|  |
| --- |
|  |

¿Ha solicitado ingreso en otro posgrado? SI NO Año: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , a |  | de |  | de | **2022** |
| Lugar |  | Fecha | | | | |

**Nombre y firma del solicitante:**

|  |
| --- |
|  |