|  |
| --- |
| Icono  Descripción generada automáticamentefotografía |

**** 

**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:**

|  |
| --- |
|  |