



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**MAESTRIA EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL NIÑO
Y ADOLESCENTE**

SOLICITUD DE INGRESO

Nota: La solicitud debe ser llenada en computadora.

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio permanente: _____
Calle Número Colonia

C.P. Municipio Estado País

Teléfono fijo: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ No. de dependientes: _____

DATOS ACADEMICOS:

Universidad de procedencia: _____

Año de titulación: _____ Promedio general: _____ Lugar que ocupó en su generación: _____

No. Cédula profesional: _____

Título de la Tesis Profesional: _____

Otros estudios: _____
Nombre del curso Institución Año

Distinciones académicas:

1. _____
2. _____

DATOS LABORALES:

Domicilio de consultorio: _____
Calle Número Colonia

C.P. Municipio Estado País

Teléfono de consultorio: _____

Otros empleos:

Domicilio de institución y/o empresa: _____
Calle Número

C.P. Colonia Municipio Estado País

Teléfono: _____ Puesto desempeñado: _____ Periodo: _____

DATOS DE REFERENCIA: Nombre, profesión y dirección de dos especialistas del área que lo recomiendan para realizar los estudios de Maestría en Odontología integral del niño y adolescente (entregar las cartas en sobre cerrado, con su firma de autenticidad).

1. _____
Nombre

Domicilio

2. _____
Nombre

Domicilio

BECAS Y FINANCIAMIENTO:

En caso de ser becado

Tipo de beca: _____

Institución o empresa que otorga la beca: _____

Cantidad mensual con la que cuenta para la adquisición de material, instrumental, asistencia a actividades académicas tanto nacionales como en el extranjero durante el tiempo que dure su posgrado: \$_____

MOTIVOS PERSONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LA MAESTRÍA:

¿Ha solicitado ingreso en otro posgrado? _____

¿Cuál? _____

¿Cuándo? _____

Lugar y fecha de elaboración

Nombre y firma del solicitante
