Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultada de odontología

Maestría en Ortodoncia y Ortopedia

Solicitud de Ingreso

Nota: llenar de manera digital.
DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____. Edad: _____
Teléfono: _____. E-mail: _____
Estado civil: _____. No. de dependientes: _____
Domicilio permanente:

_____,_____,_____
Calle Numero Col.

_____,_____,_____,_____
C.P. Municipio Estado País

DATOS ACADEMICOS:

Unidad de procedencia: _____
Año de titulación:_____ Promedio general: _____Lugar en la generación_____
Título de tesis profesional: _____
No. De cedula profesional: _____
Otros estudios:

_____

Distinciones académicas:

1_____

2_____

DATOS LABORALES:

Domicilio de consultorio:

_____,_____,_____
Calle Numero Col.

_____,_____,_____,_____
C.P. Municipio Estado País

Teléfono:_____

Otros empleos:

_____,_____,_____
Calle Numero Col.

_____,_____,_____,_____
C.P. 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 de Ortodoncia y Ortopedia. (Entregar las cartas en sobre cerrado y firmado de autenticidad)

1.Nombre:_____ Profesión:_____
Domicilio:_____

2.Nombre:_____ Profesión:_____
Domicilio:_____

BECAS Y FINACIAMIENTO:

En caso de ser becado
Tipo de beca:_____
Institución que otorga la beca:_____

MOTIVOS PERSONALES PARA REALIZAR LA MAESTRIA:

_____
_____
_____
_____

¿Ha solicitado ingreso a otra postgrado?:_____
¿Cuál?:_____
¿Cuando?:_____

_____
Lugar y Fecha de elaboración

_____
Nombre y firma del solicitante