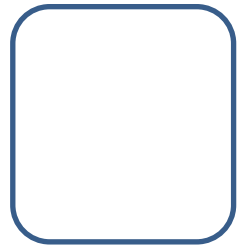




**Facultad de Medicina**  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo  
Odontología

**FORMULARIO POSTULACION**

**FOTO**



**ANTECEDENTES PERSONALES**

NOMBRE:
FECHA DE NAC:
NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL
RUT /PASAPORTE
DIRECCION
PAIS
TELEFONO
CORREO

**ANTECEDENTES FORMATIVOS**

debe adjuntar certificado de cursos

INSTITUCION

FECHAS

TITULO

INSTITUCION	FECHAS	TITULO

**ANTECEDENTES LABORALES**

LUGAR/INSTITUCION

DESCRIPCION CARGO

LUGAR/INSTITUCION	DESCRIPCION CARGO

**DOCENCIA**

INSTITUCION

DESCRIPCION CARGO

INSTITUCION	DESCRIPCION CARGO

**PUBLICACIONES**

REVISTA

FECHA

TITULO,AUTOR(ES)

REVISTA	FECHA	TITULO,AUTOR(ES)

**TESIS PARA OPTAR TITULO DE ODONTOLOGO**

(DESCRIPCION, NOTA,ETC)


**PRESENTACIONES EN CONGRESOS, REUNIONES, ETC**


**DISTINCIONES, PREMIOS**


**PASANTIAS, RESIDENCIAS CLINICAS**


**IDIOMAS , NIVEL**


**NOTA EGRESO ODONTOLOGIA**

--

**NOTA ASIGNATURA AREA DE ORTODONCIA**

--

**RAZONES PARA POSTULAR**


**DECLARACION**

Declaro conocer lo siguiente:

- 1) El postulante deberá someterse a las reglas de selección definidas por la comisión.
- 2) La Facultad de Medicina CAS UDD , se reserva el derecho de no dictar el postgrado en caso de no existir el minimo de alumnos.
- 3) Los preseleccionados deberán someterse a un examen y entrevista personal, las que se harán en fechas acordadas las que pueden modificarse por la comisión académica.
- 4) Los alumnos extranjeros deberán validar su Certificado de Título de Cirujano Dentista en su país de origen y luego en el ministerio de relaciones exteriores de Chile.

-----  
Firma del postulante

Favor enviar :

- Formulario de postulación
- Fotocopia de cédula de identidad por ambos lados
- Certificado de nacimiento
- Certificado del título profesional (copia legalizada)
- Dos fotos tamaño carnet con nombre completo
- Certificado de cursos, publicaciones , etc.



Dra. Waleska Zuzulich D.  
Coordinadora Postgrado Carrera de Odontología  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo  
wzuzulich@udd.cl