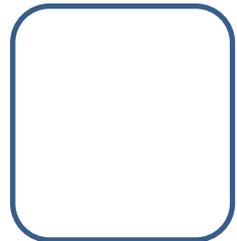




Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Odontología

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