****

**Centro Universitario de los Altos**

División de ciencias biomédicas

Departamento de clínicas

Especialidad en endodoncia

**FOTO**

**FICHA BÁSICA DEL SUSTENTANTE**

La Ficha básica debe ser llenada en computadora, con mayúsculas, letra clara y legible.

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
|  | **Apellido paterno** | **Apellido Materno** | **Nombre (s)** |
|  |  |
| **Domicilio permanente:**  |  |
|  | **Calle** | **Número** | **Colonia** |
|  |  |
|  |  |  |  |
| **C.P.** | **Municipio** | **Estado** | **País** |
|  |  |
| **Teléfono domicilio:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Estado civil:** |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  | **Edad:**  |  |
| **E mail:** |  |

1. **DATOS ACADÉMICOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Universidad en que cursó sus estudios de licenciatura:** |  |
| **Año de titulación:** |  |
| **Promedio General:** |  |
| **Lugar que ocupó en su generación:** |  |
| **Número de Cédula Profesional:** |  |

1. **DATOS LABORALES:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Domicilio de consultorio y/o oficina:**  |  |
|  | **Calle** | **Número** | **Colonia** |
|  |  |
|  |  |  |  |
| **C.P.** | **Municipio** | **Estado** | **País** |
|  |  |
| **Teléfono consultorio y/o oficina:** |  |

1. **DATOS DE REFERENCIA:**

Nombre, profesión y dirección de los dos académicos que lo recomiendan para realizar los estudios de la Especialidad en Odontopediatría.

Dos especialistas del área le entregarán las cartas de recomendación en sobre cerrado, con su firma de autenticidad para que sean entregadas por usted al posgrado.

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **BECAS Y FINANCIAMIENTO:**

En caso de ser becado:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de beca:** |  |
| **Institución o empresa que otorga la beca:** |  |

**MOTIVOS PERSONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LA ESPECIALIDAD:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Lugar y fecha de elaboración**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del solicitante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_