



SOLICITUD DE INGRESO

NOMBRE COMPLETO: _____

No. DPI/PASAPORTE (extranjeros): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ TEL: _____

DIRECCIÓN DE CLÍNICA: _____ TEL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ No. CELULAR: _____

UNIVERSIDAD QUE EXTENDIÓ LICENCIATURA: _____

FECHA DE GRADUACIÓN: _____ No. COLEGIADO ACTIVO(A): _____

FORMACIÓN PROFESIONAL Y AREAS DE ESPECIALIZACIÓN:

TÍTULO	FECHA	AREA DE ODONTOLOGIA	INSTITUCIÓN
DIPLOMADO			
ESPECIALIZACIÓN			
MAESTRIA			
DOCTORADO			
OTROS			

AÑOS DE EXPERIENCIA EN SU ÁREA: _____

Como aspirante presentaré: (elegir solamente una opción)

- Un caso clínico (área de especialización) que haya sido o esté siendo tratado en su clínica privada o sitio de trabajo
- Una presentación de un artículo científico o de un tema de interés general actualizado (investigación, estudio científico con bibliografía, etc).

Adjuntar a la solicitud los siguientes documentos:

1. Currículum Vitae completo con fotografía reciente
2. Fotocopia de título de Cirujano Dentista
3. Fotocopias de Formación Académica (diplomados, especializaciones, maestrías, doctorados)
4. Fotocopia de constancia de colegiado(a) activo(a)

NOTA: Asegúrese que su papelería esté completa, ya que no se le dará trámite si no lo está.

Inversión:

Inscripción (pago único): Q.1,000 Cuota Anual Q.350