|  |
| --- |
| FOTO |

Universidad De La Salle Bajío

Facultad de Odontología

Programa Internacional de Odontología (CIRO)

Solicitud de Admisión

Favor de llenar a máquina o con letra de molde

1. Apellido Paterno Materno

Nombre

1. Dirección actual: (calle, número exterior-interior, colonia)

11

. Lengua madre:

Escribe

. Español: Lee

12

Habla

Escribe

Habla

 Otro idioma (especifique): Lee

Habla

Escribe

 Otro idioma (especifique): Lee

Ciudad

Código Postal:

Estado (provincia):

País:

3

. No. Telefónico actual (

)

Celular (

)

)

 No. Fax (

E-mail

hombre

. Género:

4

 mujer

casado

5

. Estado civil: soltero

6

. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Edad

7

. Lugar de nacimiento: (ciudad y país

)

8

. Nacionalidad actual:

1. Condición migratoria en E.U.A.:
2. Historia académica profesional, anote solamente estudios profesionales de licenciatura y posgrado (si es necesario haga uso de la hoja anexa):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad, País | Curso | Inicio(mes-año) | Fin (mes-año) | Grado |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

13. Anote las fechas y resultados de los siguientes exámenes:

 TOEFL (based computer test) fecha (dd/mm/aa) calificación

 National Board Dental Examination, Part I fecha (dd/mm/aa) calificación

 National Board Dental Examination, Part II fecha (dd/mm/aa) calificación 14. ¿Cómo se enteró de este curso?

A de de

Nombre y firma

Universidad De La Salle Bajío

Facultad de Odontología

Programa Internacional de Revalidación en Odontología

Nombre:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad, País | Curso | Inicio(mes-año) | Fin (mes-año) | Grado |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |