



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

División de Estudios de Posgrado e Investigación



MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

*Lea con atención y escriba con impresora o con letra de molde en los espacios que corresponda de manera clara y verdadera

SOLICITUD DE INGRESO

DATOS PERSONALES				
Fotografía	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
	Nacionalidad	Estado civil	Fecha de nacimiento	Edad
	Domicilio personal			Numero
Calle		Colonia		
Ciudad		Estado	Código Postal	
Teléfono:	Celular		Correo electrónico	
Opción terminal de interés:		Endodoncia _____ Periodoncia _____		

ANTECEDENTES ESCOLARES			
Estudios profesionales			
Universidad de procedencia		Facultad o Escuela	
Ciudad		País	Periodo de estudios
Fecha de titulación	Promedio general	Elaboro tesis	SI _____ NO _____
Titulo de la tesis			
Servicio social			
Institución donde se realizó		Periodo	
Especificar actividades			
Otros estudios superiores			
Nombre del curso			
Nivel de estudios:			
Institución donde se realizó		Periodo	
Estudios concluidos?	Obtuvo grado o diploma?		
SI _____ NO _____	SI _____ NO _____		

Motivos personales y profesionales por los que desea realizar los estudios de posgrado en esta Institución

Bajo protesta de que todos los datos aqui escritos son verdaderos y se anexan copias fotostáticas que los comprueban

Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Fecha
------------------------	-----------------------	-------

Esta sección es para ser llenada de forma exclusiva por la Universidad Juárez del Estado de Durango

Documentos que acompañan esta solicitud	
Titulo profesional	
Certificado de estudios	
Acta de nacimiento	
CURP	
Carta de intención y exposición de motivos	
Cartas de recomendación académica	
Certificado de salud	
Certificado idioma inglés	
Copia recibo de pago de curso	

Resultados		
Examen de conocimientos		
Examen psicometrico		
Aprovechamiento de habilidades		
Entrevista con el Comité de Admisión		
ACEPTADO	SI _____	NO _____
COMENTARIOS		