**FICHA DE POSTULACIÓN**

 **PROGRAMA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL**

 **ROTACIÓN CLÍNICA**

Para postular a nuestra universidad por favor completa los campos solicitados:

|  |
| --- |
|  **DATOS PERSONALES** |
| Nombres |  | FOTOGRAFIA  |
| Apellidos |  |
| Sexo | F ( ) | M ( ) | Edad |   |
| Indicar DNI |  | N° Pasaporte |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |   | Número de celular |  |
| Correo electrónico  |  |

|  |
| --- |
| **PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** |
| Nombres |  |
| Apellidos |  |
| Parentesco |  |
| Teléfonos |  |
| Correo electrónico |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE POSTULACIÓN** |
| Carrera en U.Continental |  |
| Promedio Acumulado |  |
| Ciclo actual  |  |
| **DATOS DE MOVILIDAD** |
| **EAP MEDICINA HUMANA****Estudiantes 6to Año**Seleccione el Tipo de Especialidad Médica o Servicio (Marca con x)  |   \_\_\_ Ginecología  \_\_\_ Pediatría \_\_\_ Anatomía \_\_\_ Infectología  |
| Duración 6to Año  |  \_\_\_ 4 semanas \_\_\_ 6 semanas |
| **Estudiantes 7mo Año**Seleccione el Tipo de Especialidad Médica o Servicio (Marca con x)  |  \_\_\_ clínica (Infectología) \_\_\_ clínica ( Emergencia) \_\_\_ 1er nivel de atención (atención primaria) |
| Duración 7mo Año  |  \_\_\_ 4 semanas \_\_\_ 6 semanas |
| **EAP ODONTOLOGIA** Seleccione el Tipo de Especialidad Médica o Servicio (Marca con x)Estudiantes a partir del 3 año de carrera | \_\_\_\_ prótesis fija\_\_\_\_ prótesis total\_\_\_\_ prótesis removible\_\_\_\_ operatoria dental 1 y 2 \_\_\_\_ endodoncia 1 y 2\_\_\_\_cirugía bucal 1 y 2 \_\_\_\_clínica dental 1 y 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma de estudiante** | **Firma de director de carrera UC** | **Firma de OF. Vinculación Internacional**  |
|  |  |  |