**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** |
|  |  |  |