****

**FORMATO DE SOLICITUD PARA MOVILIDAD**

Gracias por elegir la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia para realizar su movilidad académica.

Dentro de la Facultad existen diferentes modalidades de movilidad, consideramos que esta es la más acertada para usted:

**Semestre académico:**el estudiante de intercambio realizará un periodo académico normal dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Tendrá notas y evaluaciones que podrán ser homologables al regreso a su institución de origen.

De acuerdo a lo anterior, por favor seleccione el tipo de movilidad que desea realizar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_ Pasantía académica | \_\_ Rotación | \_\_ Prácticas académicas |
| \_\_ Pasantía clínica | \_\_ Intercambio académico |  |
| \_\_ Pasantía de investigación | \_\_Semestre académico |  |

Explique brevemente que actividades específicas espera realizar:

Cursar materias de pregrado para complementar mi formación académica y profesional. Realización de cursos clínicos y teóricos que me permitan ampliar conocimiento en distintas técnicas de procedimientos clínicos y además adquirir conocimientos sobre el sistema de atención en salud instaurado en Colombia.

Por favorseleccione el o los programas académicos que son de su interés durante la movilidad:

|  |
| --- |
| **PREGRADO** |
| \_\_ Pregrado en Odontología |
| **POSGRADOS** |
| \_\_ Especialización Clínica en **Cirugía Oral y Maxilofacial** |
| \_\_ Especialización Clínica en **Endodoncia** |
| \_\_ Especialización Clínica en Odontología Integral del Adulto con énfasis en **Prostodoncia** |
| \_\_ Especialización Clínica en Odontología Integral del Adulto con énfasis en **Periodoncia** |
| \_\_ Especialización Clínica en **Ortodoncia** |
| \_\_ Especialización Clínica en **Ortopedia Maxilar** |
| **MAESTRÍA** |
| \_\_ Maestría en Ciencias Odontológicas |
| **DOCTORADO** |
| \_\_ Doctorado en Ciencias Odontológicas  **OTROS**  ¿Cuál?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por favor complete los siguientes campos con letra legible o en computador.

1. **INFORMACIÓN PERSONAL**

**Nombre completo:**

**Número de pasaporte:**

**Nacionalidad:**

**Edad:**

**País de procedencia:**

**Universidad de procedencia:**

**Correo electrónico:**

**Teléfono móvil:**

1. **INFORMACIÓN DE LA MOVILIDAD**

**II.I ITINERARIO**

**Fecha planeada de inicio de labores:**

**Fecha planeada de terminación de labores:**

**II.II SOBRE LOS CURSOS A REALIZAR**

A continuación, relacione por favor los cursos que desea ver en la Universidad de Antioquia con los homólogos en la institución de origen del estudiante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSIDAD DE ORIGEN** | | | **UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA** | | |
| Código | Nombre | Contenido Temático | Código | Nombre | Contenido Temático |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |

Al firmar este documento autorizo a la Universidad de Antioquia a utilizar mi información personal, con fines estrictamente relacionados con la movilidad académica, de acuerdo al tratamiento contemplado en la ley de Habeas Data …. Y declaro que toda la información aquí contenida es verás y verificable.

Firma,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

Pasaporte:

**Recibí,**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_

**Aprobó,**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_