

ANTECEDENTES PARA CONCURSAR A INTERNADO RURAL DE VERANO

Nombre alumno: _____

Celular: _____ email: _____

A.- Calificaciones:

Informe curricular de 1º a 4º año visado por Secretaria de Estudios

B.- Asignaturas de 5º año:

Odontopediatría _____
Nota Nombre, firma y timbre Prof. Responsable

Cirugía _____
Nota Nombre, firma y timbre Prof. Responsable

Integral _____
Nota Nombre, firma y timbre Prof. Responsable

C.- Participación en actividades asistenciales no remuneradas :

Realizados en Servicios de Salud Pública o Instituciones privadas sin fines de lucro (ej. Fundaciones, Organizaciones de ayuda comunitaria, etc.), en horario extracurricular.

Lugar: _____

Fecha y Número de horas _____

Nombre, firma y teléfono Jefe de Servicio _____

D.- Ayudante alumno:

Con un mínimo de 1 semestre académico de duración:

Nº de hrs. Semanales _____

Nombre y firma del Prof. Responsable, Timbre de la asignatura

E.- Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista

	SI	NO
Protocolo aceptado	___	___
En desarrollo	___	___
Terminado	___	___

Nombre y firma del Prof. Responsable _____

Asignación de puntajes por ítems

A = 50%

B = 20%

C = 10%

D = 10%

E = 10%