

ANEXO 1
Certificado de Título con nota

ADJUNTAR CERTIFICADO DE TITULO CON NOTA: Certificado de título extendido por la Universidad respectiva, que incluya la nota o calificación final obtenida. En caso de que el certificado no incluya la nota final, deberá adjuntar certificado de nota de título final, suscritos por el Secretario Académico o quien corresponda.

Los/las postulantes que cuenten con título extranjero revalidado en Chile, deberán presentar certificado de la respectiva Universidad indicando la nota final de título y además especificar con qué escala fue calculada la nota. Se calculará el equivalente a la nota, y se otorgará el 95% del puntaje del valor correspondiente.

ANEXO N°2

FORMULARIO DE ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO*

Nombre: _____
Institución: _____
Asignatura: _____

Todas las fechas deben ser en formato (día/mes/año)

Nivel cursado**:	_____	Fecha inicio :	_____ / _____ / _____	Fecha termino:	_____ / _____ / _____	Horario (inicio/término)	_____ / _____
Nivel cursado:	_____	Fecha inicio:	_____ / _____ / _____	Fecha termino:	_____ / _____ / _____	Horario (inicio/término)	_____ / _____
Nivel cursado:	_____	Fecha inicio:	_____ / _____ / _____	Fecha termino:	_____ / _____ / _____	Horario (inicio/término)	_____ / _____
Nivel cursado:	_____	Fecha inicio:	_____ / _____ / _____	Fecha termino:	_____ / _____ / _____	Horario (inicio/término)	_____ / _____
Nivel cursado:	_____	Fecha inicio:	_____ / _____ / _____	Fecha termino:	_____ / _____ / _____	Horario (inicio/término)	_____ / _____

Director Escuela de Odontología
(Nombre, Firma y Timbre)

Director Escuela de Pregrado
(Nombre, Firma y Timbre)

Secretario de Estudios
(Nombre, Firma y Timbre)

(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)

*Se deberá adjuntar un anexo por cada ayudantía realizada

**Nivel cursado se refiere al año académico cursado (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°)

ANEXO Nº3

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

Nombre: _____

ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)
TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

ii)
TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

iii)
TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

iv)
TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

v)
TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

ANTECEDENTES POR TRABAJO

vi)

TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

vii)

TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

viii)

TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

ix)

TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

x)

TITULO: _____
AUTORES: _____
CONGRESO O REVISTA: _____
FECHA DE PRESENTACION: _____

ANEXO Nº5.A

FORMULARIO PRACTICA DE ATENCION ABIERTA

Nombre: _____

Servicio de Salud/Comuna: _____

Establecimiento: _____

Nombre de la Actividad	Fecha inicio dd/mm/aa	Fecha termino dd/mm/aa	Cantidad de días	Cantidad de Horas

El Director del Establecimiento certifica que esta práctica de Atención Abierta fue realizada por el/la postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

TUTOR
(Nombre, Firma y Timbre)

DIRECTOR ESTABLECIMIENTO
(Nombre, Firma y Timbre)

ANEXO Nº5.B

FORMULARIO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nombre: _____

Servicio de Salud/Comuna: _____

Establecimiento: _____

Nombre de la Actividad	Fecha inicio dd/mm/aa	Fecha termino dd/mm/aa	Cantidad de días	Cantidad de Horas

El Director del Establecimiento certifica que esta actividad de promoción fue realizada por el/la postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

TUTOR
(Nombre, Firma y Timbre)

DIRECTOR ESTABLECIMIENTO
(Nombre, Firma y Timbre)

ANEXO N°6

FORMULARIO DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

Nombre: _____
Institución: _____
Organización _____
Cargo: _____

Todas las fechas deben ser en formato (día/mes/año)

Fecha inicio :	/	/	Fecha termino:	/	/
Fecha inicio:	/	/	Fecha termino:	/	/
Fecha inicio:	/	/	Fecha termino:	/	/
Fecha inicio:	/	/	Fecha termino:	/	/
Fecha inicio:	/	/	Fecha termino:	/	/

**Decano/ Director Escuela
de Odontología**
(Nombre, Firma y Timbre)

Director de Pregrado
(Nombre, Firma y Timbre)

Secretario de Estudios
(Nombre, Firma y Timbre)

***(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades
universitarias)***