Concepción,………….. de ………………...de 2022.

 Foto Actual

 **Señor:**

 **Prof. Dr. Arnaldo Miguel Ferreira Cabañas.**

 **Decano**

 Facultad de Odontología -Universidad Nacional de Concepción

 Presente:

 Quien suscribe, ……………………………………………………………………… con

C.I. N° …………………, se dirige a usted a objeto de solicitar inscripción como alumno/a del Curso Preparatorio de Ingreso a la Facultad de Odontología, dependiente de la Universidad Nacional de Concepción para el período **2022**, asumiendo el compromiso de cumplir las exigencias de los reglamentos vigentes establecidos por la Facultad.



Carrera de Odontología Carrera de Lic. Prótesis Dental

DATOS PERSONALES

|  |
| --- |
| Colegio de Procedencia: ……………………………………………………………….  |
| Título Obtenido: ….......................................................................................................... |
| Lugar y Fecha de Nacimiento. ………………….. ……  |
| Ciudad de Origen………………………………………………. Edad.Dirección Actual: ……………………………………………………………................Barrio:…………………………………………………………………………….Teléfonos:………………………… ………………………………………................Participa en el curso preparatorio: 1ra.vez 2da. Vez Otros Matricula Nº Becas…………………………….............. |  |

**Atentamente.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Firma del Solicitante**  |