



Universidad Nacional de Concepción

Creada por Ley N° 3201/0

Facultad de Odontología

Ruta V. Km 2 Graf. Bernardino Caballero Tel: (0331) 241-680

Email. odontologia.unc@gmail.com



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

SEÑOR:

Prof. Dr. Arnaldo Miguel Ferreira Cabañas

Decano - Facultad de Odontología UNC.

Quién suscribe _____ con C.I. N° _____ solicita su inscripción al CUARTO CURSO, de la Carrera de Licenciatura en Prótesis Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción del Año _____, reconoce y acepta por el presente las condiciones que se detallan en los Estatutos, Reglamentos y Resoluciones de la Facultad de Odontología, dando fe de su conocimiento y conformidad, y los cuales se compromete a cumplir a partir de la firma de este documento.

CUARTO CURSO

Ord.	Cód.	Asignaturas	Regular	Recursante	Beneficiado por el Art. N° 91 (Est. UNC)
1	401	Cerámica Dental			
2	402	Ingles Técnico			
3	403	Metodología de la Investigación II			
4	404	Prótesis sobre Implantes			

Atentamente,

.....

Firma

Concepción, _____ de _____ de 202_

Misión: Somos una Facultad innovadora, comprometida con la formación de profesionales calificados, que tengan incorporado en su quehacer los principios éticos, la visión humanística, el espíritu crítico, sentido de responsabilidad, actitudes y conocimientos que favorezcan la intervención oportuna y la resolución exitosa de situaciones relacionados a la salud bucodental de la población.

Visión: Ser una Facultad con liderazgo en la formación de profesionales odontólogos íntegros, competentes, inspirada en los principios éticos y democráticos, con visión humanista, científica, con alto compromiso social, comprometida con la sociedad para responder cabalmente a las necesidades de la salud bucodental