# **Código cargo al que postula: .........................**

# **CURRÍCULUM VITAE CIRUJANO DENTISTA**

# **I.- DATOS PERSONALES**

# **NOMBRE** : (1er. Nombre, 2do. Nombre, Apellido Pat. y Mat.)

# 

**FECHA DE NACIMIENTO** : (Día – Mes – Año)

**NACIONALIDAD** : (Nacionalidad)

#### **ESTADO CIVIL** : (Estado Civil)

**HIJOS** : (Indicar cantidad y edades)

**DOMICILIO** : (Dirección Completa)

**FONO** : (Cód. Área) Teléfono Fijo - Celular

**CÉDULA DE IDENTIDAD** : (Número de R.U.N.)

**EMAIL** : 1.-

2.-

## **II.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

**ESTUDIOS MEDIOS**

(Fecha) : (Establecimiento)

**CURSOS TÉCNICOS**

(Fecha) : (Establecimiento)

**ESTUDIOS SUPERIORES**

* Fecha Rendición Prueba de Selección Universitaria (P.S.U.) o de Aptitud Académica (P.A.A.):
* Puntaje obtenido en la Prueba de Selección Universitaria (P.S.U.) o de Aptitud Académica (P.A.A. (adjuntar certificado avalando lo anterior emitido por D.E.M.R.E.):

**CARRERA DE**  (Nombre de la Carrera):

Universidad : (Nombre de la Universidad en que estudió)

Período de Estudios : (Año en que inició sus estudios – Año en que egresó de sus estudios).

Fecha de Titulación : (Día – Mes – Año)

Nota de Titulación :

**(Se solicita enviar fotocopia legalizada ante notario del certificado de título profesional, fotocopias simples de certificado de concentración de notas y certificado de la calificación obtenida, otorgados por la respectiva Universidad)**

**AYUDANTÍAS**

AYUD. FORMALES :

(Todas las ayudantías deberán estar refrendadas con certificados)

**OTROS TÍTULOS PROFESIONALES:**

Universidad:

Titulado – Año:

Egresado – Año:

**CURSOS EXTRAPROGRAMÁTICOS**

DURACIÓN EN HORAS :

PATROCINIO :

UNIVERSIDAD :

DOCENTES : (Nombre del Prof. que impartió el Curso y Establec. al cual pertenece)

TEMA :

### **CURSOS DE POST- TÍTULOS (Post – Grados, Diplomados, etc.)**

ESTABLECIMIENTO :

MATERIA DEL POST-TÍTULO :

FECHA INICIO: FECHA TÉRMINO:

(Se solicita enviar fotocopia simple del certificado o título otorgado por la Universidad respectiva)

**CONGRESOS**

DURACIÓN EN DÍAS :

PATROCINIO :

ASISTENTE COMO :

- COAUTOR :

- AUTOR MULTIPLE :

- AUTOR PRINCIPAL :

- CONFERENCISTA :

- EXPOSITOR TEMA LIBRE :

**III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL**

1.- LUGAR DE TRABAJO:

DESDE: (fecha) HASTA: (fecha)

ACTIVIDAD / CARGO:

2.- LUGAR DE TRABAJO:

DESDE: (fecha) HASTA: (fecha)

ACTIVIDAD / CARGO:

**IV.- IDIOMAS**

IDIOMA :

PORCENTAJE ESCRITO : PORCENTAJE HABLADO:

(Porcentaje señalado deberá estar refrendado CON CERTIFICADO (TOEFL o similares) otorgado por institución acreditada.)

**V.- INFORMÁTICA**: Señalar aquellos conocimientos informáticos que posea.

**VI.- OTROS DATOS DE INTERÉS**: Todos aquellos aspectos que no han sido incluidos y que Ud. considere relevantes en su postulación al presente cargo. (Trabajos publicados en revistas científicas, experiencias odontológicas en actividades de voluntariado servicio social y otros).

**VII.- REFERENCIAS**:

Nombre Empresa:

Persona a quien contactar:

Cargo:

Teléfono:

**VIII.- CARTA MOTIVACIONAL:** Adjuntar carta exponiendo motivos por los cuales desea prestar sus conocimientos y experiencia profesional en la Armada de Chile. Dicha carta debe ir dirigida al Señor Director de la Central Odontológica IIa. Z.N.

**IX.- DISPONIBILIDAD DE HORARIO Y PRETENCIONES DE RENTA.**

Toda información debe ser acreditada con fotocopia legalizada ante notario.

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

**NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE**