**ANEXO I.**

 **PROGRAMA FOUBAINT DOCTORAL**

 **Formulario de Postulación.**

                                                                                                                Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **DATOS PERSONALES**  |
| --- |
| Nombre y Apellido:  |
| Área de estudios del Doctorado:  |
| DNI:  |
| CUIL: |
| Lugar y fecha de nacimiento:  |
| Nacionalidad:  |
| Dirección:  |
| Número de teléfono:  |
| Email:  |
| Email alternativo:  |

| **Porcentaje cursado del doctorado al momento de la postulación:** |
| --- |
|   |

| **Conocimiento de Idiomas y nivel alcanzado (Básico- Medio – Avanzado)**  |
| --- |
|   |

| **Elección de la universidad de destino:**  |
| --- |
| **Universidad de destino seleccionada**  |   |

| **Publicaciones**  |
| --- |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**Informaciones complementarias**

1. ¿Ha postulado para alguna convocatoria existente, dentro del ámbito de su de la UBA? SÍ/NO. En caso afirmativo, especifique en cuál/es.
2. ¿Ha sido beneficiado/a en algún intercambio internacional? SÍ/NO. En caso afirmativo, especifique en cuál/es.

**El presente formulario, al igual que los adjuntos requeridos, se presenta en el Área de Relaciones Internacionales de la Facultad de Odontología UBA.**

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifica la exactitud de las informaciones provistas en este formulario, considerado como declaración jurada.

Firma y DNI:

**RESERVADO RESPONSABLE DE RELACIONES INTERNACIONALES**

Nombre y apellido:

Facultad UBA:

Lugar y fecha:

Firma y Aclaración: