**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: