**CURRÍCULUM VITAE PARA POSTULANTES A OFICIALES DE LOS SERVICIOS DEL ESCALAFÓN DE SANIDAD DENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código de Proceso de Selección** |  |

1. **ANTECEDENTES PERSONALES.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | (Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno) | | |
| **Fecha de Nacimiento** | (DD/MM/AA) | **Nacionalidad** |  |
| **Cédula de Identidad** |  | **Estado Civil** |  |
| **Hijos** | (Cantidad y edades) | | |
| **Domicilio Particular** | (Calle, número, ciudad, comuna, región) | | |
| **Teléfono celular** |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Ha pertenecido a la Armada de Chile** | (SÍ / NO - En caso de haber pertenecido, indicar año y repartición) | | |

1. **SITUACIÓN MILITAR.** (sólo hombres - marcar con una X según corresponda )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situación Militar al día** | **SÍ** | **NO** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio Militar** | **SÍ** | **NO** | **Institución** | **Unidad** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS.**
2. **ENSEÑANZA MEDIA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año (s)** | **Curso (s)** | **Establecimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **PRUEBA DE ADMISIÓN A LA EDUCACIÓN SUPERIOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sistema de admisión rendido:** | | (PAA, PSU, PDT, etc.) | |
| **Pruebas Obligatorias** | | **Pruebas Optativas** | |
| Lenguaje | (Puntaje) | (Nombre de Prueba) | (Puntaje) |
| Matemáticas | (Puntaje) | (Nombre de Prueba) | (Puntaje) |
| **Puntaje estándar de correspondiente a promedio de notas de Enseñanza Media:** | | | (Puntaje) |
| **Motivo de no haber rendido:** (Selección especial, beca deportiva, etc.). | | | |

Adjuntar certificado avalando puntaje obtenido, emitido por Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional (DEMRE).

1. **EDUCACIÓN SUPERIOR.**
2. **CARRERA DE ODONTOLOGÍA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Universidad** |  |
| **Período de Estudio** | (Año ingreso / egreso) |
| **Fecha de Titulación** | (Día / Mes / Año) |
| **Nota de Titulación** | (Nota) |

Adjuntar fotocopia simple de:

* Título Profesional o Certificado de Título de **Cirujano Dentista**, con **nota de titulación**.
* Certificado de grado Académico.
* Concentración de Notas de la carrera.
* Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

1. **AYUDANTÍAS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cátedra o asignatura** | **Año Académico Cursado** | **Fecha Inicio** | **Fecha Término** |
|  |  | (DD/MM/AA) | (DD/MM/AA) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la fecha más antigua, desempeño como como alumno ayudante de forma remunerada o ad-honorem, por un mínimo de 5 meses de duración por ayudantía.
* Nos se considerará como ayudantía la participación en actividades administrativas no académicas, ni de representación estudiantil.
* Adjuntar fotocopia simple de certificado que acredite el desempeño como alumno ayudante, con los detalles registrados.
* Si no ha realizado, omitir este punto.

1. **TRABAJOS CIENTÍFICOS:**
2. **Trabajos publicados en revistas científicas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Autor(es)** | **Nombre de Revista** | **Fecha de Publicación o de Aceptación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde el más antiguo, trabajos publicados en revistas o boletines científicos con comité editorial, previos a la fecha de egreso.
* Adjuntar fotocopia simple o impresión de resumen del trabajo, enlace web de la publicación, o certificado que acredite la información registrada.
* Si no ha publicado, omitir este punto.

1. **Trabajos presentados en Congresos Científicos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Autor(es)** | **Nombre de Congreso** | **Fecha de Congreso** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde el más antiguo, los trabajos aceptados y presentados en congresos científicos, jornadas o simposios, nacionales o internacionales, previos a la fecha de egreso.
* Adjuntar fotocopia simple o impresión de resumen del trabajo, o certificado que acredite la información registrada.
* Si no ha presentado, omitir este punto.

1. **PRÁCTICA PROFESIONAL O INTERNADO CLÍNICO ASISTENCIAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento Asistencial** | **Año Académico cursado** | **Fecha Inicio** | **Fecha Término** | **Horas por año** |
|  |  | (DD/MM/AA) | (DD/MM/AA) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la más antigua, las prácticas asistenciales no remuneradas y tutoriadas, realizadas durante el período de formación, en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud o en instituciones delegadas, previamente acordadas entre los directores de los respectivos establecimientos y/o servicios de salud y el Decano de la respectiva facultad de odontología.
* Adjuntar fotocopia simple del o de los certificados de las Prácticas efectuadas.

1. **ESPECIALIDAD, POSTGRADOS, POSTÍTULOS, CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de curso o actividad** | **Institución** | **Duración** | **Año de realización** | **Nota** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde la fecha más antigua, especialidad, postgrados, postítulos y actividades de perfeccionamiento relacionadas con el campo de la salud, impartidas por universidades, sociedades científicas u odontológicas, colegios profesionales, SEREMI, MINSAL, Servicios de Salud, OMS, OPS y OTEC, cualquiera sea el nombre de la actividad, con un mínimo de 20 horas pedagógicas de duración por actividad de capacitación, aprobadas con nota mayor o igual a 4,0.
* Registrar cursos de urgencias odontológicas, acreditados.
* Adjuntar certificado que acredite la realización, duración y evaluación (si corresponde) de la actividad registrada.
* Si no ha realizado, omitir este punto.

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Empresa o Institución Pública** | **Puesto Desempeñado** | **Jornada** |
| (desde/hasta) |  |  | (media, completa) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Considerar solo experiencias desde la fecha de titulación en adelante.
* Registrar en orden cronológico desde la más antigua.
* Adjuntar certificado emitido por el empleador.

1. **IDIOMA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Nivel Básico** | **Nivel Intermedio** | **Nivel Avanzado** |
| **Inglés** |  |  |  |
| **Otros (Indique)** |  |  |  |

* Marque con una X, según corresponda.
* Adjuntar certificado que acredite el nivel de idioma registrado.

1. **OTROS DATOS DE INTERÉS.**

Indique aquellos aspectos que no han sido incluidos y que Ud. considere relevantes para su postulación.

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA NOMBRE Y FIRMA