

DATOS DEL APLICANTE

Nombres:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Sexo: F M Religión:

Cédula de Identif.:

Pasaporte:

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)

Teléfonos:

Móvil: Correo Electrónico:

Dirección Permanente:

Ciudad:

País:

DATOS FAMILIARES DEL APLICANTE

Nombre del Padre:

Nacionalidad:

Teléfono:

Educación:

Profesión:

Nombre de la Madre:

Nacionalidad:

Teléfono:

Educación:

Profesión:

EDUCACIÓN DEL APLICANTE

NIVEL	INSTITUCIÓN	FECHA DE GRADUACIÓN	GRADO ALCANZADO
-------	-------------	---------------------	-----------------

Secundaria

Pre-Médica

Medicina

Pasantía

Servicio Social

Honores o Medallas

PROMEDIO DE CALIFICACIONES EN LA ESCUELA DE MEDICINA

A = 91 - 100 %

B = 81 - 90 %

C = 70 - 80 %

D = 60 - 70 %



Realice un resumen, en menos de 250 palabras, sobre sus intenciones, planes y anhelos que lo conducen a solicitar una posición en nuestro programa de Oftalmología

En caso de haber respondido en su estado civil, casado, por favor completar la siguiente información de lo contrario pase al siguiente punto.

Nombre de la esposa:

Profesión:

Nombres de los hijos:

Edad:

Edad:

Edad:

Sociedades Académicas o Profesionales a que pertenece

Deportes o actividades extracurriculares



ESTA SOLICITUD DEBE SER ACOMPAÑADA POR:

- 1.- Una carta del decano de la escuela de medicina, resumiendo la labor Académica, Clínica y cualidades del aplicante.
- 2.- Por lo menos dos cartas de recomendación de profesores de la Facultad de Medicina.

Escriba debajo los nombres, títulos y facultad académica de los profesores a quienes le solicita recomendaciones.

Nombre:

Título:

Facultad:

Nombre:

Título:

Facultad:

Nombre:

Título:

Facultad:

PREGUNTAS FINALES

¿Tiene el aplicante algún defecto visual que le impide tener visión binocular o estereoscópica?

¿Se le ha condenado al aplicante alguna vez por algún delito civil o criminal?

¿Tiene algún impedimento físico que no le permita realizar cirugías o desarrollar labores normales en clínica?

El aplicante puede tener la seguridad de que toda la información que aquí se adquiere será totalmente confidencial. El aplicante jura que toda información suministrada en esta aplicación y todos sus anexos son legítimas y verídicas.

Firma del Aplicante:

Fecha:

Vea el listado de requisitos en la siguiente página.



REQUISITOS

- Una carta de recomendación del Jefe de Servicio de la especialidad
- Dos cartas de profesores de Oftalmología
- Notas legalizadas obtenidas en la escuela de medicina
- Copia del Título de medicina legalizado
- Copia del Título de la Especialidad en Oftalmología legalizado
- Copia del record de notas de medicina legalizado
- Copia del record de notas de especialidad de oftalmología legalizado
- Certificación de cantidad y tipo de cirugías realizadas
- Copia del Exequatur (En caso de ser extranjero no es necesario)
- Curriculum Vitae
- Acta de nacimiento legalizada
- Copia de Documento de Identificación Personal
- Evaluación oftalmológica por un médico reconocido del centro
- Certificado de inglés
- Certificado de aprobación del examen del ICO
- Certificado médico
- Copia de tarjeta de vacunación
- Certificado de primeros auxilios o reanimación cardiopulmonar

Las aplicaciones se reciben todo el año, una vez seleccionado para la entrevista debe realizar el pago de derecho, el cual tiene un costo de RD\$3,000.00

Fellow de 1 año de duración USD\$3,000.00

Fellow de 32 años de duración USD\$4,000.00

El costo del Fellow seleccionado puede ser depositado en las siguientes cuentas, por favor remitir el recibo del depósito o comprobante de la transferencia al Departamento de Contabilidad.