

PROGRAMA DE INTERCAMBIO SECIB

FORMULARIO DE SOLICITUD

Programa de Intercambio de Estudiantes SECIB en Formación Postgraduada en Cirugía Bucal para estudiantes SOCIOS SECIB que no hayan participado en ediciones anteriores.

Convocatoria anual

Plazo de presentación: del 15 de diciembre al 31 de enero de 2026

* Todos los campos son obligatorios

1. DATOS GENERALES DE LA SOLICITUD

- Año académico de la convocatoria:
- Fecha de presentación de la solicitud:

2. DATOS DEL ESTUDIANTE 1 (ALUMNO 1)

- Nombre y apellidos:
- DNI / Pasaporte:
- Correo electrónico:
- Teléfono de contacto:
- Programa en el que está matriculado:
- Año del programa que cursa actualmente:
.....

3. DATOS DEL ESTUDIANTE 2 (ALUMNO 2)

- Nombre y apellidos:
 - DNI / Pasaporte:
 - Correo electrónico:
 - Teléfono de contacto:
 - Programa en el que está matriculado:
 - Año del programa que cursa actualmente:
.....
-

PROGRAMA DE INTERCAMBIO SECIB

4. DATOS DEL PROGRAMA DE ORIGEN (TÍTULO 1)

- **Nombre oficial del máster/título:**
- **Universidad:**
- **Tipo de programa:**
☐ Máster oficial ☐ Título propio
- **Duración total del programa:** años
- **¿La universidad imparte Grado en Odontología?** ☐ Sí ☐ No
- **Áreas formativas incluidas:**
- **Participación del programa en el último Congreso SECIB:** ☐ Sí ☐ No

Director/a del programa:

- **Nombre y apellidos:**
 - **Cargo:**
 - **Correo electrónico institucional:**
-

5. DATOS DEL PROGRAMA DE DESTINO (TÍTULO 2)

(A cumplimentar con los datos del programa con el que se realiza el intercambio)

- **Nombre oficial del máster/título:**
- **Universidad:**
- **Tipo de programa:**
☐ Máster oficial ☐ Título propio
- **Duración total del programa:** años
- **¿La universidad imparte Grado en Odontología?** ☐ Sí ☐ No
- **Áreas formativas incluidas:**
- **Participación del programa en el último Congreso SECIB:** ☐ Sí ☐ No

Director/a del programa:

- **Nombre y apellidos:**
 - **Cargo:**
 - **Correo electrónico institucional:**
-

PROGRAMA DE INTERCAMBIO SECIB

6. DATOS DEL INTERCAMBIO PROPUESTO

- Universidad de destino del Alumno 1:
- Universidad de destino del Alumno 2:
- Duración prevista de la estancia (mínimo 1 semana):
.....
- Fechas aproximadas del intercambio:

7. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (marcar lo que corresponda)

- ☐ Carta de motivación conjunta
- ☐ Currículum académico del Alumno 1
- ☐ Currículum académico del Alumno 2
- ☐ Visto bueno del Director/a del Programa Título 1
- ☐ Visto bueno del Director/a del Programa Título 2

8. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LOS ESTUDIANTES

Los abajo firmantes declaran que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y completa, que conocen y aceptan las bases de la convocatoria del Programa de Intercambio SECIB, y que se comprometen a cumplir las obligaciones académicas y administrativas derivadas de su participación.

Firma Alumno 1- Nombre y apellidos

Firma Fecha:

Firma Alumno 2: - Nombre y apellidos:

Firma Fecha:

9. VISTO BUENO DE LOS DIRECTORES DE PROGRAMA

Director/a Programa Título 1:.....

Firma y sello: Fecha:

Director/a Programa Título 2:.....

Firma y sello: Fecha:

PROGRAMA DE INTERCAMBIO SECIB

Nota final

La presentación de este formulario no garantiza la concesión de la beca. La selección se realizará conforme a los criterios establecidos en la convocatoria oficial del Programa de Intercambio de Estudiantes SECIB.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL