



Universidad de Chile

CARTA DE INTENCIÓN

Nombre del Postulante : \_\_\_\_\_

Cargo / Grado Académico : \_\_\_\_\_

Institución : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

En esta Carta de Intención debe describir expresamente sus razones para postular al Diploma Interpretación Radiográfica Avanzada de Patologías Orales y Maxilofaciales, impartido por OdontoUchile, Educación Continua de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile.

También debe referirse a su preparación y experiencia en esta área de estudio, sus planes profesionales y/o académicos a futuro. Si lo estima pertinente, otros aspectos de sus antecedentes e intereses que puedan ayudar al Comité Académico evaluar sus aptitudes y motivaciones para el programa de magíster al que postula.



Universidad de Chile

**El presente documento tiene carácter estrictamente confidencial.**

Fecha (dd/mm/aaaa) :