**Formulario 2:**

**Información de las Residencias aprobadas por las asociaciones nacionales y ALACIBU**

Información importante.

* Este cuestionario solo deberá ser llenado por aquellos centros de formación aprobados por las asociaciones nacionales de cada país.
* No se recibirán los cuestionarios si no son enviados de forma oficial desde la Asociación nacional a ALACIBU.
* Todas las residencias que desee la asociación nacional sean incluidas en el listado de ALACIBU deben cumplir con las condiciones especificadas en nuestros estatutos: Residencias o cursos de especialización de mínimo 3 años de duración a tiempo completo o integral, destinado al estudio de profesionales odontológicos ( o sus denominaciones afines) o doble titulados es decir odontólogo y medico ( no así medico sin formación odontológica)

Si la asociación nacional tiene como criterio la aceptación de centros de formación que falten a algunas de estas condiciones , no será vinculante para País:

* ALACIBU la aceptación de a misma según sus estatutos o su colocación en el listado final 2021 de Centros de Estudios de Latinoamérica reconocidos por ALACIBU.

Tabla 1 : País y Asociación

|  |  |
| --- | --- |
| PAÍS :  | Venezuela |
| ASOCIACIÓN DEL PAÍS: | Sociedad Venezolana de Cirugía Bucal y Maxilofacial |

Tabla2 : Datos del Centro de Estudios

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL POSTGRADO O RESIDENCIA: | Especialidad en Cirugía Bucal |
| ENTIDAD ACADÉMICA - HOSPITAL: | Universidad Central de Venezuela, Facultad deOdontología |
| TITULO QUE OTORGA: | Especialista en Cirugía Bucal |
| LOCALIZACIÓN: | Caracas, Venezuela |
| TIEMPO DE ESTUDIOS Y DIVISIÓN DEL MISMO | 6 trimestres, 2 años |
| IDIOMA EN QUE SE IMPARTE LA FORMACIÓN EN CBMF: | Español |
| ENTIDAD O ENTIDADES QUE APRUEBAN ESTE PROGRAMA DE FORMACIÓN (MINISTERIOS, UNIVERSIDADES, ETC)  | Universidad Central de VenezuelaConsejo Nacional de UniversidadesMinisterio de Educación Superior |
| NUMERO DE VACANTES O PLAZAS ACADÉMICAS POR AÑO  | 8 residentes |
| ÉPOCA DEL AÑO EN QUE SE REALIZA EL PROCESO SELECTIVO  | Variable, no se tiene una fecha fija |
| AREAS PRINCIPALES DE INSTRUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO | Cirugía dentoalveolar, implantes dentales,pacientes medicamente comprometidos, fracturas maxilares, patologías de los maxilares |
| COORDINADOR DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN | Prof. Elizabeth Albornoz Ríos |
| COORDINADOR DEL SERVICIO SEDE | Prof. Elizabeth Albornoz Ríos |
| TELÉFONO DE CONTACTO | +58 414 3159942 |
| EMAIL DE CONTACTO DEL COORDINADOR | elyalbornoz@hotmail.com |
| EMAIL DE CONTACTO DEL SERVICIO O DEPARTAMENTO | Pgcb1979.fo.ucv@gmail.com |
| PAGINA WEB | No tiene |
| REDES SOCIALES | @cirugiabucalucv |
| NOMBRES DE LOS DOCENTES DEL SERVICIO | Prof. Elizabeth Albornoz RíosProf. José Luis CastroProf. Alexei RojasProf. Ronar GudiñoProf. Tania NavarroPro. Sol Cristina Del ValleProf. Tamara SánchezProf. Martha EspinozaProf. José CedeñoProf. Luisa CurielProf. Luis GonzálezProf. Carlos Petit |
| OTROS DATOS RELEVANTES  |  |

Tabla 3 : DATOS SOBRE ROTACIONES INTERNACIONALES

|  |  |
| --- | --- |
| RECIBEN RESIDENTES O CIRUJANOS PARA ROTACIONES NACIONALES O INTERNACIONALES | Si |
| ÁREAS DE INTERÉS O EXPERTICIA OFRECIDAS A LAS ROTACIONESIDIOMAS EN LAS ROTACIONES RECIBIDAS | Cirugía dentoalveolar, implantes dentales, patologías de los maxilares, fracturas maxilares |
| EN QUE NIVEL EDUCATIVO SON RECIBIDAS LAS ROTACIONES ( INTERNOS ODONTÓLOGOS, RESIDENTES, CIRUJANOS CON FORMACIÓN COMPLETA) | Residentes en formación de cirujanos bucales |
| SU DEPARTAMENTO O CENTRO DE ESTUDIOS ESTA ACREDITADO COMO UN CENTRO DE FORMACIÓN OFICIAL DE SU ASOCIACIÓN? | Si |
| TIEMPO PROMEDIO QUE ACEPTAN A UN PASANTE INTERNACIONAL O NACIONAL ( EN MESES) | A convenir |
| SU DEPARTAMENTO OFRECE AYUDAS FINANCIERAS A LOS PASANTES? | No |
| INSTITUCIÓN PUEDE AYUDAR A CONSEGUIR O BRINDAR ALOJAMIENTO AL PASANTE? | No |
| CONTACTO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LAS ROTACIONES INTERNACIONALES | Prof. Elizabeth Albornoz Ríoselyalbornoz@hotmail.com |