**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 Venezuela  Consejo Nacional de Universidades  Ministerio 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 Ríos  Prof. José Luis Castro  Prof. Alexei Rojas  Prof. Ronar Gudiño  Prof. Tania Navarro  Pro. Sol Cristina Del Valle  Prof. Tamara Sánchez  Prof. Martha Espinoza  Prof. José Cedeño  Prof. Luisa Curiel  Prof. Luis González  Prof. 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 ROTACIONES  IDIOMAS 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 Ríos  elyalbornoz@hotmail.com |