



Universidad Interamericana de Puerto Rico
 Recinto Metropolitano
 Facultad de Ciencias y Tecnología
 Escuela de Tecnología Médica

Forma de Recomendación

Nombre del Solicitante: _____ Núm. Estudiante: _____

Opcional: A tono con la ley de derecho Educacional de Privacidad de 1974, cedo mis derechos a tener acceso de esta carta de recomendación, la cual será considerada como estrictamente confidencial.

Firma: _____

Fecha: _____

Indique la escala correspondiente: 10-9 = Sobresaliente, 8-6 = Bueno, 5-4 = Promedio, 3-2 = Deficiente, 1= Pobre

	Sobre saliente	Bueno	Promedio	Deficiente	Pobre	No se Apreció	Comentarios
Liderato: Impresión sobre empeño, iniciativa y motivación							
Responsabilidad: asistencia, puntualidad, honradez e integridad							
Actitud y apariencia: Actúa con madurez y serenidad. Su apariencia es limpia y agradable.							
Relaciones Interpersonales: Acepta críticas y sugerencias. Se comunica en forma efectiva y muestra respeto, consideración y adaptabilidad.							
Aprovechamiento: Cubre material asignado y adicional. Muestra talento, inteligencia y creatividad.							
Destrezas: Trabaja con precisión y prontitud. Sigue las instrucciones y llega a conclusiones razonables.							

Relación con el solicitante: () Conferencia () Laboratorio () Seminario () Otros. Especifique _____

Comentarios: _____

Título del Curso: _____

Núm. del Curso: _____

Sometida por: _____

Nota obtenida por el estudiante: _____

Departamento: _____

Institución: _____

Firma: _____

Puesto: _____

Fecha: _____

Favor de enviar a:
 Escuela de Tecnología Médica
 Universidad Interamericana de PR
 Recinto Metropolitano, PO Box 191293
 San Juan, PR 00919-1293