



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE SAN GERMÁN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FORMA DE RECOMENDACIÓN

Nombre del Solicitante _____ Número de Seguro Social _____

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

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

Indique con una marca bajo la escala correspondiente.

	5 SOBRE SALIENTE	4 SUPERIOR	3 PROMEDIO	2 DEFICIENTE	1 POBRE	NO SE APRECIÓ
Liderato: Iniciativa y motivación						
Responsabilidad: Asistencia, puntualidad e integridad						
Actitud Profesional: Madurez, flexibilidad y apariencia						
Relaciones Interpersonales: Receptividad a críticas y sugerencias y habilidad para comunicarse						
Aprovechamiento : Capacidad intelectual, expresión oral y escrita						
Destrezas: Organización y precisión en el trabajo						

Relación con el estudiante

Conferencia _____ Laboratorio _____ Seminario _____ Otro _____ Especifique _____

Comentarios _____

Título del Curso: _____

Número del Curso: _____

Nota Obtenida : _____

Departamento : _____

Sometida por : _____

Puesto : _____

Institución : _____

Firma _____

Fecha _____

FAVOR ENVIAR A:

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
P.O. BOX 5100
SAN GERMÁN, PR 00683-9801