UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO DE SAN GERMAN
DEPARTAMENTO CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA TECNOLOGÍA RADIOLÓGICA

FORMA DE RECOMENDACIÓN

NOMBRE _____ SS _____

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

Firma _____

Fecha _____

Indique con una marca bajo la escala correspondiente.

	SOBRE SALIENTE	**BUENO**	**PROMEDIO**	**DEFICIENTE**	**POBRE**	**NO SE APRECIO**
1. **Liderato**: Impresión sobre empeño, iniciativa y motivación.						
2. **Responsabilidad:** Asistencia, puntualidad, honradez e integridad.						
3**. Actitud y Apariencia**: Actúa con madurez y serenidad. Su apariencia es limpia y agradable.						
4. **Relaciones Interpersonales**: Acepta críticas y sugerencias. Se comunica en forma efectiva y muestra respeto, consideración y adaptabilidad.						
5**. Aprovechamiento**: Cubre material asignado y adicional. Muestra talento, inteligencia y creatividad.						
6. **Destrezas**: Trabaja con precisión y prontitud. Sigue direcciones y llega a conclusiones.						

Relación con el estudiante

____ Conferencia ____ Laboratorio _____ Seminario ____ Otros 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**
PROGRAMA TECNOLOGIA RADIOLOGICA
P. O. BOX 5100
SAN GERMAN, PR 00683-9801

ATT. PROF. SARA L. TORRES