



# Universidad Autónoma de Baja California

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA  
PROGRAMA DE POSGRADO



## Forma de recomendación

*El contenido de este documento es confidencial y no debe ser del conocimiento del candidato.  
Favor de enviarlo en sobre cerrado y firmado.*

Nombre del candidato: \_\_\_\_\_

Programa de posgrado al que solicita ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre del recomendante: \_\_\_\_\_

Experiencia en el campo de desarrollo del recomendante (Antigüedad): \_\_\_\_\_

Describa cómo y desde cuándo conoce al candidato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el candidato tomó algún curso con usted, ¿en qué lugar quedó de acuerdo a su calificación final y cuántos estudiantes tuvo aproximadamente? \_\_\_\_\_

Favor de evaluar al candidato de acuerdo a la siguiente escala, colocando una "x" en la columna respectiva:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Conocimientos y habilidades				
Dedicación al trabajo				
Imaginación y creatividad				
Hábitos en el trabajo:				
Organización				
Planificación				
Oportunidad				
Habilidad para comunicarse				
Rendimiento				
Iniciativa				
Perseverancia				
Actitud				

Comente las habilidades y debilidades del candidato, especialmente en términos del rendimiento y desempeño en su trabajo/escuela y agregue cualquier comentario que considere usted sea importante en la evaluación del mismo. Esta información será de suma importancia para los evaluadores. (Use el reverso de la hoja si es necesario)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RECOMENDANTE

\_\_\_\_\_  
PUESTO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO