



Universidad Autónoma de Baja California

FACULTAD DE ODONTOLOGIA TIJUANA

ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA.

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, ¿Cuál fue su desempeño y como lo evaluaría?

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 | | | | |
| Dedición 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 ELECTRÓNICO