



ESPECIALIZACIÓN DE FÍSICA MÉDICA CLÍNICA

CARTA DE RECOMENDACIÓN

Nombre del candidato: _____

• Con respecto al candidato:

1. ¿Desde cuándo lo conoce?

2. ¿Cuáles son sus habilidades?

3. ¿Qué curso o tema estudió con Usted y cuál fue su desempeño?

4. ¿Considera que su desempeño académico refleja sus habilidades?

5. Entre los alumnos de su generación, ¿considera que el candidato está clasificado en el 5%, 10%, 25% o 50% superior?

6. ¿Qué le permite a Usted recomendarlo?



- Favor de evaluar al candidato colocando una "x" en la columna que considere conveniente.

| | Excelente | Bueno | Regular | Deficiente |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Conocimientos y habilidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dedicación al trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Imaginación y creatividad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos en el trabajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organización | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Planificación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oportunidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Habilidad para comunicarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rendimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iniciativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perseverancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo en equipo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Por favor agregue cualquier comentario que considere importante y que no haya sido destacado en los puntos anteriores.

- Datos del recomendante

Nombre: _____

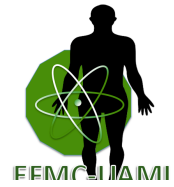
Puesto que desempeña: _____

Grado: _____

Dirección:



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA -Iztapalapa



Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Firma

Fecha

Favor de entregar la carta de recomendación en sobre cerrado, fechado y firmado

POR FAVOR ENVIE ESTA CARTA EN SOBRE CERRADO A:

**Asistencia de Posgrado
División de Ciencias Básicas e Ingeniería
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Iztapalapa
Edificio Carlos Graef (T) cubículo 133
Av. San Rafael Atlixco No. 186
Col. Vicentina
C.P. 09340 México, D.F.
Tel: 58044605**

O POR VÍA FAX al teléfono: 5612 9162

O POR VÍA e-mail a: pdiv@xanum.uam.mx