

CARTA DE RECOMENDACIÓN

Fecha: _____

A) Nombre completo del solicitante: _____

B) Tiempo de conocer al solicitante profesionalmente: _____

C) Conoce al solicitante como : (Escoja una de las siguientes opciones)

- 1) Estudiante 2) Profesional independiente 3) Técnico
4) Investigador 5) Colaborador 6) Ayudante de investigación
7) Otro (Especifique) _____

D) Proporcione su opinión respecto a cómo considera al solicitante en las siguientes características
(Seleccione con una X según considere):

	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
Desempeño profesional en Optometría					
Capacidad para el análisis y síntesis de información					
Planteamiento y resolución de problemas					
Capacidad para el autoaprendizaje y autogestión					
Responsabilidad y constancia ante el estudio y trabajo					
Capacidad para trabajo en equipo					
Actitud crítica, de respeto y de tolerancia hacia los demás					

E) De forma breve describa como considera el desempeño del solicitante en relación a:

- Conocimientos
- Habilidades
- Actitudes

F) En su opinión, el solicitante ha realizado una indagación suficiente sobre el posgrado de Maestría en Rehabilitación Visual al que desea ingresar y está bien orientado para cumplir con los requisitos que establece el programa:

Para el comité evaluador es muy importante conocer su punto de vista. (Use el espacio que considere necesario.)

G) Datos personales de la persona que evalúa al solicitante

Nombre completo: _____

Lugar de trabajo: _____

Puesto que desempeña: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono _____

Firma del evaluador
