|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CARTA DE RECOMENDACIÓN PARA ASPIRANTES A INGRESAR EN LOS CURSOS DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE FARMACIA**  **DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA DE POSTGRADO AL QUE ASPIRA**: |  |

(Para ser llenado por el aspirante)

**DATOS PERSONALES A SER LLENADO POR EL ESTUDIANTE**: (Solo esta primera parte)

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos: | Nombres: |

|  |
| --- |
| Cédula de Identidad o Pasaporte: |

Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Excepcional | Mejor que  Promedio | Promedio | Debajo  Promedio | No tiene  información |
| Habilidad Intelectual |  |  |  |  |  |
| Preparación académica |  |  |  |  |  |
| Expresión por escrito |  |  |  |  |  |
| Expresión oral |  |  |  |  |  |
| Perseverancia |  |  |  |  |  |
| Madurez |  |  |  |  |  |
| Motivación |  |  |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |  |  |
| Imaginación y creatividad |  |  |  |  |  |

3.- Por favor estime en que posición colocaría usted al aspirante en relación con otros estudiantes en campos científicos comparables.

2.- Por favor clasifique al aspirante en relación a otros con una preparación académica similar.

1.- ¿Qué tan bien conoce al aspirante?

4.- Por favor mencione cualquier conocimiento adicional que tenga del aspirante que nos pueda ayudar a evaluar su potencial para los estudios de postgrado y para la investigación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitad  Inferior | Mitad  Superior | 25%  Superior | 10%  Superior | 5%  Superior |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- Resumen de la evaluación: Indique su recomendación global en relación a la aceptación del aspirante:

Altamente Recomendado  Recomendado con reservas

Recomendado  No recomendado

**Datos de la persona que contribuye con la evaluación**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos: | Nombres: |
| Empresa donde trabaja: | Cargo: |
|  | Código Postal: |
| Teléfono Habitación: | Teléfono Trabajo: |
| Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha: |

*Les agradecemos por contribuir con nosotros para la evaluación de este aspirante. Este formato debe ser enviado en sobre sellado. La información es estrictamente confidencial y del uso restricto de los miembros del Comité Académico del Postgrado.*

*Enviar: Dirección de Postgrado*

*Facultad de Farmacia*

*Universidad Central de Venezuela*

*Apartado 40109, Nueva Granada*

*Caracas 1040-A*

*Nota: De enviarlo con el aspirante asegúrese de que el sobre este bien cerrado.*