



CARTA DE RECOMENDACIÓN PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

Información del Postulante

Nombre del Postulante:

Correo electrónico:

Información del Recomendante

Nombre del Recomendante:

RUN o Pasaporte:

Nacionalidad:

Grado Académico:

Institución:

Función que desempeña (cargo):

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Agradeceremos responder las siguientes preguntas de la forma más objetiva y completa posible, pues su opinión será de gran utilidad para evaluar, adecuadamente, la presente postulación.

1. **¿Cuál es su campo de especialización académica/laboral y qué relación tiene con el campo de desarrollo de el/ la postulante?**

2. **¿Desde cuándo conoce al/el postulante y cuál ha sido su relación desde entonces a la actualidad?**

3. **¿Cómo se compara el/la postulante dentro de su grupo de pares en relación a sus capacidades?**

Bajo el promedio 50% inferior	Promedio 50% superior	Bueno 25% superior	Muy Bueno 10% superior	Sobresaliente 5% superior



4. Describa las principales fortalezas y debilidades de el/la postulante

5. Fundamente sobre el potencial e idoneidad de el/la candidato/a para proseguir investigación o estudios de postgrado en la disciplina escogida

6. Argumente acerca del potencial de liderazgo de el/ la postulante y su compromiso con mejorar la vida de otros.

7. Exponga cuál será, a su juicio, la contribución de el/de la postulante al desarrollo del país una vez completados sus estudios de postgrado.

El presente documento tiene carácter estrictamente confidencial. (debe enviarlo a la Secretaria de Postgrado, Srta. Myriam Rodríguez D., al correo: coordinacionpostgrado@odontologia.uchile.cl)

Fecha (dd/mm/aaaa) :