

RECOMENDACIÓN ACADÉMICA

Estimado (a) académico (a):

El Programa de _____ solicita atentamente su colaboración para proporcionar una valoración objetiva y detallada de la persona que aspira cursar estudios de posgrado en El Colegio de Tlaxcala, A.C.

Hacemos de su conocimiento que la información proporcionada será tratada confidencialmente y no estará disponible para la persona aspirante; por tanto le solicitamos que, una vez completado este formato, tenga a bien enviarlo firmado, en formato PDF, al correo electrónico servicios.escolaresctlx@coltlax.edu.mx o si así lo prefiere, puede dirigirlo en un sobre cerrado al área de Servicios Escolares de El Colegio de Tlaxcala, A.C., ubicado en Av. Melchor Ocampo #28, Cp. 90600, San Pablo Apetatitlán, Tlaxcala, México; teléfono 2464645233 ext. 1307

**Nombre de la persona
aspirante:**

1. Datos del/la académico(a) que emite la valoración:

Nombre completo:

Grado académico:

Institución de adscripción:

Cargo:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

2. Valoración de la persona aspirante

Tiempo de conocer al aspirante

Relación con el/la aspirante (e.g. estudiante, tesista, servicio social, ayudante de investigación, colaborador, otra).

En su opinión:

1 ¿Cuáles son las habilidades académicas más destacadas del/la aspirante?



2. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad, en el ámbito académico, que usted ha identificado en el tiempo de relación con el/la aspirante?



3. Consideración final

Con base en los aspectos antes señalados ¿usted recomienda al/la aspirante para ser considerado(a) en el proceso de selección de estudios de posgrado en El Colegio de Tlaxcala, A.C.? (Favor de marcar solo una opción). Recomendación

- a. Sí, totalmente
- b. Sí, parcialmente
- c. No

Firma

Fecha