DECANATO AUXILIAR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

ESCUELA DE MEDICINA DENTAL

SOLICITUD PARA CARTA DE RECOMENDACIÓN

- Toda carta debe ser solicitada con al menos 30 dias de anticipación a la fecha límite.
- La solicitud puede ser entregada en la Oficina del Decanato Auxiliar de Estudiantes Oficina A-163 o enviada por correo electrónico a **ilmarie.colon@upr.edu, nydia.cheverez1@upr.edu, con copia a gloribell.rojas@upr.edu , elaine.pagan@upr.edu**
- Incluya Curriculum Vitae que contenga la siguiente información: educación y grados, membresías, investigaciones, posiciones de liderazgo, actividades extracurriculares y de comunidad, honores y distinciones, etc .
- Incluya copia de los National Boards

Nombre (Apellidos Primero)	**Fecha**
	¿Primera vez que solicita carta? □ Sí □ No
Dirección	**Correo electrónico**
	Año Clase Graduanda
	Teléfono
National Boards I Aprobados □ Sí □ No Mes y Año: _____	**National Boards II Aprobados** □ Yes □ No Mes y Año: _____

Fechas límite de Programas PASS: UTILIZAR FORMATO DE MES /DÍA/ AÑO

PROGRAMA 1	PROGRAMA 2	PROGRAMA 3	PROGRAMA 4	PROGRAMA 5	PROGRAMA 6	PROGRAMA 7	PROGRAMA 8	PROGRAMA 9	PROGRAMA 10

Informacion completa de Programa que NO son PASS y persona a dirigirle la carta de recomendación:

PROGRAMA 1 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 3 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 2 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 4 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 5 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 6 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 7 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 8 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 9 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 10 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 11 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA 12 ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año

PROGRAMA ___ ¿Sistema PASS? □ Sí □ No
Nombre del Programa:
Persona a quien dirigirle la carta:
Dirección:
Correo electrónico y teléfono:
Fecha límite de solicitud: _____/_____/_____ Mes Día Año