



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN DOCENTE  
PROGRAMAS DE BECARIOS DOCENTES**

NOMBRE:		
PROGRAMA		
BECA	SEMESTRE	AÑO

ASIGNATURA	CÓDIGO	T	P	L	O

T: clase teórica – P: clase práctica – L: laboratorio – O: otra especifique

NOMBRE PROFESOR ASIGNATURA	ANEXO
NOMBRE DIRECTOR DEPTO. O SECRETARIO ACADÉMICO	ANEXO

EVALUACION DE LA FUNCIÓN DOCENTE	S	B	R	D	N
Responsabilidad					
Nivel de preparación					
Disposición a colaborar con el Profesor					
Creatividad e Iniciativa					
Otra: (especifique)					
Otra: (especifique)					
S: sobresaliente - B: bueno – R: regular – D: deficiente – N: no observado					

<b>OBSERVACIONES</b>

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PROFESOR ASIGNATURA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR O SECR. ACADÉMICO

FECHA: \_\_\_\_\_