

**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
JUNTA ADMINISTRATIVA**

**CONSIDERACIÓN DE TERCERA COMPENSACIÓN ADICIONAL
DOCUMENTOS REQUERIDOS AL CANDIDATO**

Nombre: _____

Facultad: _____

Rango actual: _____

E-mail: _____@upr.edu

Sí *No*

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Formulario (D.R.H. 028) de solicitud para Compensación Adicional | () | () |
| 2. Recomendación (carta) del Decano endosando la solicitud de la tercera compensación adicional | () | () |
| 3. Recomendación (carta) del Comité de Personal de Facultad | () | () |
| 4. Recomendación (carta) del Director del Departamento endosando la solicitud de la tercera compensación adicional | () | () |
| 5. Recomendación (carta) del Comité de Personal del Departamento | () | () |
| 6. Evidenciar la carga académica del profesor para el período que cubre la compensación; certificada por el Director del Departamento y el Decano correspondiente (Certificación 189, 1988-89, JA-RCM) | () | () |