INDIVIDUAL

FORMATO DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL PARA SOLICITUDES DE NUEVOS ADHERENTES AL SIIINIFAP.

Delegación: .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE DE ADHERENCIA | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**CLAVE DE CRITERIOS.**

C1. ¿Ha mostrado actitud negativa contra el SIIINIFAP y sus agremiados?

C2. ¿Ha sido detractor del sindicato?

C3. Para el caso de los investigadores de los ingresos más recientes, ¿tiene menos de un año como investigador del INIFAP?

C4. ¿Es recomendado de los directivos de la administración?

C5. ¿Es un Investigador con falta de ética que haya adquirido compromisos a nombre de la institución en áreas ajenas a su especialidad, en detrimento del prestigio institucional?

C6. ¿Es un investigador acomodado al sistema ilegal impuesto por los directores regionales, para la asignación recursos para proyectos (sin concurso), vehículos y/o equipos?

C7. ¿Existe algún comentario adicional que desee compartir?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evaluó (nombre y firma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONCENTRADO

FORMATO DE EVALUACIÓN CONCENTRADO PARA SOLICITUDES DE NUEVOS ADHERENTES AL SIIINIFAP.

Este formato debe ser llenado y firmado por Delegado(a) titular y Delegado(a) suplente.

Delegación: .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE DE ADHERENCIA | C1 | | C2 | | C3 | | C4 | | C5 | | C6 | | C7 | |
| NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

La delegación recomienda a la Asamblea General Nacional lo siguiente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE DE ADHERENCIA | ACEPTAR | NO ACEPTAR | COMENTARIOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma Delegado(a) titular**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma Delegado(a) suplente**