



CARTA DE RECOMENDAÇÃO

PREFERENCIALMENTE OS CANDIDATOS DEVERÃO SOLICITAR AS CARTAS DE RECOMENDAÇÃO AOS SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO

| INFORMANTE | CANDIDATO |
|---|--|
| Nome / titulação – instituição / posição: | Nome – Área de trabalho – Instituição: |

Sr. Informante:

No quadro abaixo, por obséquio, avalie o candidato de acordo com as características abaixo.

| CARACTERÍSTICAS | Abaixo da média | Médio | Bom | Ótimo | Sem condições de avaliar |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Capacidade para conduzir trabalho acadêmico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade para expressar-se oralmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade para escrever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estabilidade emocional e maturidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autoconfiança e independência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade para trabalho em equipe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade para ensinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Talento criativo e inovador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pontualidade nas atribuições que lhe são dadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacidade para pesquisar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se apropriado, responda:

sim não não opina

Vossa Senhoria aceitaria esse candidato em programa de pós-graduação de sua instituição?

No espaço abaixo, por favor, faça qualquer comentário que julgar necessário para auxiliar no julgamento de admissão.

LOCAL E DATA:

_____ / ____ / ____

Assinatura do Informante

ATENÇÃO: Este formulário pode ser obtido via Internet ([XXXX](#)) e, após preenchimento enviado pelo correio em ENVELOPE LACRADO, diretamente para: COPGCF - COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS
Av. Universitária S/N, Bairro Santa Cecília – Patos – PB. Caixa Postal 61 CEP. 58700 970. – Patos – PB