UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE MATEMÁTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MATEMÁTICA APLICADA
Av. Bento Gonçalves, 9500 – Campus do Vale – CEP 91509-900 – Porto Alegre - RS

Carta de Recomendação

Sr. Candidato: preencha o item nº 1 e entregue esta ficha a um professor de sua escolha para preenchê-la.

Sr. Professor: desejamos ter a sua opinião sobre o candidato, o qual deseja matricular-se no Programa de Pós-Graduação em Matemática Aplicada (PPGMAp). As informações contidas nesta ficha são de caráter confidencial. Solicitamos que a mesma seja enviada por V. Sa. diretamente ao PPGMAp no endereço acima.

---

1. Nome do Candidato: .....

Tipo de inscrição: Mestrado ( ) ou Doutorado ( )

2. Inicialmente, indique-nos as características que qualificam o candidato para sua aceitação neste Programa de Pós-Graduação:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Informações gerais sobre o candidato:

a. *Conheço o candidato desde o ano de .....*, *como meu aluno em curso de:*

( ) *Graduação* ( ) *Pós-Graduação*

( ) *Outros (especifique).....*

b. *Com relação ao candidato, fui seu:*

( ) *Professor em .....disciplina(s)* ( ) *Professor Orientador*

( ) *Outras funções (especifique) .....*

4. Comparando este candidato com outros com nível similar de educação e experiência, classifique-o quanto à sua aptidão para realizar estudos avançados e pesquisas entre (indique uma das alternativas):

( ) os 5% mais aptos; ( ) os 10% mais aptos; ( ) os 30% mais aptos; ( ) os 50% mais aptos;
( ) os 50% menos aptos; ( ) os 30% menos aptos.

5. Como classifica o candidato, quanto aos atributos indicados no quadro abaixo?

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Fraco	S/ condições p/ informar
Capacidade Intelectual						
Motivação para estudos avançados						
Capacidade para trabalho individual						
Capacidade de expressão escrita						
Capacidade de expressão oral						
Relacionamentos com colegas e superiores						

6. Recomendaria o candidato em seu próprio Programa de Pós-Graduação?

( ) *Sem reservas* ( ) *Definitivamente não*
( ) *Com reservas (especifique abaixo)*

.....

.....

7. Por favor, preencha os dados abaixo:

Nome:.....

Instituição: ..... Departamento: .....

Endereço:.....

Cidade: ..... CEP: ..... Estado: .....

Fone: ..... Fax: ..... e-mail: .....

Porto Alegre, ... de ..... de 20 . _____
ASSINATURA

O PPGMAp agradece sua colaboração!