



**PEDIDOS DE ADMISSÃO AOS PROGRAMAS
DEPÓS-GRADUAÇÃO
FOLHA DE REFERÊNCIA**

CCAR

OBSERVAÇÃO

Preencha o item A e entregue a folha a um/a Avaliador/a de sua escolha para informar.

A. Nome do/a Candidato/a: _____
 Diplomado/a em: _____
 Área de Concentração em que deseja obter grau: _____

B. Nome do/a Informante: _____
 Título: _____ Instituição de Titulação: _____
 Instituição Atual: _____ Posição: _____ Cidade/País da Instituição: _____

1. Conheço o candidato desde _____

2. Com relação ao/à candidato/a, fui seu:

Professor:	Graduação <input type="checkbox"/>	Pós-Graduação <input type="checkbox"/>
Professor Orientador <input type="checkbox"/>	Prof. em uma disciplina <input type="checkbox"/>	Prof. Em várias disciplinas <input type="checkbox"/>
Chefe de Departamento <input type="checkbox"/>		

Outras funções (especifique): _____

3. Desejamos ter sua opinião sobre o/a candidato/a que deseja matricular-se em um Programa de Pós-Graduação desta Universidade. Estas informações, de caráter CONFIDENCIAL, são necessárias para que possamos julgar da conveniência ou não de sua aceitação como aluno.

Opinião sobre	5% superior	10% superior	25% superior	50% superior	50% inferior	Não Observado
Capacidade intelectual						
Capacidade para trabalho individual						
Conhecimento na área						
Motivação para cursar pós-graduação						
Desenvoltura e iniciativa						
Adaptabilidade a novas situações						
Qualidades de liderança						
Facilidade de expressão escrita						
Facilidade de expressão oral						

4. Como classificaria o/a candidato/a com relação à seus pares em termos de capacidade acadêmica, dentre um número total de _____ estudantes.

Entre os melhores no grupo superior				Grupo inferior	Sem opinião
5% <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	25% <input type="checkbox"/>	50% <input type="checkbox"/>	% <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Forneça informações adicionais que possam ajudar o Comitê de Admissão a tomar uma decisão sobre este candidato, ou adicione sua carta de recomendação.

Assinatura do Informante

_____/_____/_____

Data

FAVOR REMETER DIRETAMENTE PARA O SEGUINTE ENDEREÇO:

Departamento de _____
Seção de Pós-Graduação
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225
CEP – 22453-900 – Rio de Janeiro - RJ