

Carta de Referência

O preenchimento desse formulário deverá ser feito em computador ou com letra de imprensa. O candidato preencherá apenas o primeiro quadro e o entregará a um avaliador, juntamente com um envelope selado e endereçado à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Computação. O avaliador preencherá e remeterá o formulário diretamente a esse endereço.

Dados do Candidato:

Nome: Samuel Eduardo da Silva

Instituição de Origem: IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho

Curso Concluído: Ciência da Computação Mês/Ano: 12 / 2018

Curso pretendido: (x) Mestrado () Doutorado

Regime de Dedicação: (x) Tempo Integral () Tempo Parcial

Relacionamento com o Candidato:

() Não conheço suficientemente o candidato para prestar as informações solicitadas (isso não o prejudicará)

() Conheço o candidato como:

() Aluno de graduação em curso(s) que ministrei (períodos: _____)

() Orientando em trabalho de fim de curso (período: _____)

() Pesquisador em projeto(s) (período: _____)

() Funcionário de empresa (período: _____)

() Aluno de pós-graduação em curso(s) que ministrei (período: _____)

() _____ (período: _____)

Avaliação:

Em um total de _____ pessoas que conheci, em circunstâncias similares, o candidato se classifica acadêmica e profissionalmente entre os melhores:

() 5% () 10% () 20% () 30% () 50% () Abaixo de 50%

Avalie o candidato em relação a:



	deficiente	excelente	não observado
Capacidade Intelectual	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Criatividade	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Capacidade de trabalho individual	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Capacidade de trabalho em equipe	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Capacidade de expressão oral/escrita	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Interesse por estudos avançados	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()
Motivação	() 0 () 2 () 4 () 6 () 8 () 10	()	()

Avaliação Complementar:

Aponte qualidades e possíveis deficiências do candidato, acrescentando outras informações que julgar relevantes para a presente avaliação.

Dados do avaliador:

Nome: _____

Titulação: _____

Endereço Profissional:

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

País: _____

Telefone : (____) _____

Email: _____

Data: _____

Assinatura



Enviar em envelope lacrado para:

Instituto de Computação – Coordenação de Pós-Graduação – Universidade Federal
Fluminense

Av. Gal. Milton Tavares de Souza, s/nº - sala 406 - Campus da Praia Vermelha - Boa Viagem
Niterói, Rio de Janeiro - CEP 24210-346

(versão do formulário de 10/11/2016)