**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

**Departamento de Farmácia**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**

**CARTA DE RECOMENDAÇÃO PARA SELEÇÃO DE MESTRADO**

***Preencha somente o item A e entregue a folha a um Professor de sua escolha para informar****:*

***A – Nome do candidato:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***B – Informações confidenciais sobre o candidato.***

1 – Conheci o candidato no período de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como:

( ) Aluno de Graduação

( ) Aluno de Pós-Graduação

( ) Outros (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 – Com relação ao candidato, fui seu:

( ) Professor em disciplina

( ) Professor orientador

( ) Professor em várias disciplinas

( ) Chefe em Departamento/Setor

( ) Outras funções (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 – Solicitamos sua opinião sobre o candidato que deseja matricular-se neste Programa de Pós-Graduação. Estas informações, de caráter *confidencial*, são necessárias para que possamos julgar sua adequação, capacidade e iniciativa para estudos avançados e pesquisa. Em comparação com outros estudantes/profissionais avalie o candidato nas seguintes categorias:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARACTERÍSTICAS DO CANDIDATO | ÓTIMO | BOM | MÉDIO | ABAIXO DA MÉDIA | SEM BASE PARA JULGAR |
| Conhecimento na área que desenvolverá o trabalho |  |  |  |  |  |
| Capacidade para conduzir trabalho acadêmico |  |  |  |  |  |
| Habilidade em Expressão Escrita |  |  |  |  |  |
| Habilidade em Expressão Oral |  |  |  |  |  |
| Motivação para estudos avançados |  |  |  |  |  |
| Maturidade  |  |  |  |  |  |
| Dedicação |  |  |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |  |  |
| Criatividade |  |  |  |  |  |
| Capacidade para trabalho em Equipe |  |  |  |  |  |
| Capacidade para trabalho Individual |  |  |  |  |  |
| Independência |  |  |  |  |  |
| Estabilidade Emocional |  |  |  |  |  |

4 – Espaço reservado para comentários adicionais, caso julgue necessário.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

5 – Recomendaria a aceitação do candidato?

( ) Sim, sem reservas

( ) Sim, com reservas (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Definitivamente não

***Responsável pelas informações:***

Nome: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/Ramal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura

Remeter este formulário diretamente para:

**Universidade Estadual de Maringá**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**

**Av. Colombo, 5790 – Bloco K-80**

**Maringá – Pr**

**CEP: 87020-900**

**Fone: (44) 3261-4835**