**REKOMENDASI UNTUK CALON PESERTA**

**PROGRAM DOKTOR PAI UIN SUNAN KALIJAGA**

Yang bertanda tangan di bawah ini:
 Nama :

 Jabatan :

 Instansi :

Memberikan rekomendasi kepada:

 Nama :

 Jabatan :

 Instansi :

Sebagai berikut:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Penilaian****Kriteria** | **Kurang** | **Rata-rata** | **Baik** | **Cemerlang** | **Kurang kesempatan untuk memperhatikan** |
| Kemampuan akademik |  |  |  |  |  |
| Daya mengemukakan pendapat secara lisan |  |  |  |  |  |
| Daya mengemukakan pendapat secara tertulis |  |  |  |  |  |
| Daya cipta |  |  |  |  |  |
| Kemampuan Kerjasama dalam kelompok |  |  |  |  |  |
| Motivasi |  |  |  |  |  |

Komentar:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Alamat Pemberi Rekomendasi:……………………………………………….……………………………………………….……………………………………………….No Hp: ……………………………………… | Tanda Tangan Pemberi Rekomendasi:Tanggal:……………………………………….. |