**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:……………………………………….. |