

**REFERÊNCIA SOBRE CANDIDATO AO PROGRAMA DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

INFORMANTE	CANDIDATO
Nome - Posição – Instituição- Área de atuação	Nome e área de atuação pretendida

**Sr. Informante:**

No quadro abaixo, por favor, avalie o candidato, colocando um “x” depois de cada característica a ser avaliada na coluna que melhor represente sua opinião. Compare o candidato, em cada item, com um grupo representativo de estudantes qualificados para estudos pós-graduados que V.S<sup>a</sup>. tenha conhecido durante sua carreira profissional.

CARACTERÍSTICAS	Abaixo da Média	Médio	Bom	Ótimo	Sem condições para informar
Capacidade para conduzir trabalho acadêmico					
Capacidade para expressar-se oralmente					
Capacidade para escrever					
Motivação					
Estabilidade emocional e maturidade					
Autoconfiança e independência					
Capacidade para trabalho em equipe					
Capacidade para ensinar					
Talento criativo ou inovativo					

**Há quanto tempo conhece o candidato?**

**Em conexão com o quê?**

**Se apropriado, responda:**

- V.S<sup>a</sup>. aceitaria esse candidato em programa de Pós-Graduação em sua Instituição?  Sim  Não

- Se o candidato fosse indicado para admissão, V.S<sup>a</sup>. o consideraria merecedor de assistência financeira?  Sim  Não

**No espaço abaixo, por favor, faça qualquer comentário que possa auxiliar no julgamento para admissão do candidato.**

**LOCAL E DATA**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura do Informante**

**==> Por favor, devolva esta referência, em envelope lacrado para:**  
Programa de Mestrado em Odontologia.

Universidade de Uberaba, Campus Aeroporto, Bloco C, sala 2C03  
Avenida Nenê Sabino, nº 1801, CEP: 38055-500 – Uberaba-MG