***Lampiran III.(Untuk di upload di Web.SMUP.unpad.ac.id )***

**RAHASIA**

**REKOMENDASI UNTUK CALON MAHASISWA**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS PADJADJARAN**

**TAHUN AKADEMIK 2021 / 2022**

1. Nama Calon : ……………………………......................................... Program Studi :………………

2. Telah berapa lama Saudara mengenal calon dan dalam hubungan apa ?

3. Menurut Saudara, unsur – unsur apa yang merupakan kemampuan / kekuatan utama calon ?

4. Menurut Saudara, apa yang merupakan kelemahan utama calon ?

5. Menurut Saudara, hingga berapa jauh telah memikirkan / merencanakan / mempersiapkan diri untuk

mengikuti Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis ( PPDGS ).

6. Mohon diberikan contoh situasi / kejadian dimana calon menunjukan tingkat inisiatif, motivasi, kematangan berfikir atau ciri – ciri lain yang berkaitan dengan kemampuan untuk mengikuti program.

7. Menurut Saudara adakah hal – hal yang mungkin dapat menggangu usaha belajar calon dalam rangka penyelesaian Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis ( PPDGS ) ? Jika ada mohon dijelaskan.

**RAHASIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bagaimanakah Saudara menilai | Kemampuan intelektual calon | Ketekunan belajar / bekerja calon | Kemampuan calon mengatur penggunaan waktu |
| Luar biasa baik |  |  |  |
| Baik sekali |  |  |  |
| Baik |  |  |  |
| Rata – rata |  |  |  |
| Kurang Baik |  |  |  |

**Pemberi Rekomendasi**

Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jabatan :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telepon :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanggal :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanda tangan :

Dimohon agar rekomendasi ini dikirim langsung dalam sampul tertutup kepada :

DEKAN

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS PADJADJARAN

JALAN SEKELOA SELATAN NO.I

BANDUNG 40132

Sudut kiri bawah sampul agar dibubuhi kata – kata :

**REKOMENDASI**

PRORAM STUDI………………………………………

( Harap diisi nama program studi yang dikehendaki calon )