



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE

CENTRO DE CIÊNCIAS FÍSICAS E MATEMÁTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MATEMÁTICA PURA E APLICADA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE / FAX (048) 3721-9232
E-mail: ppgmtm@contato.ufsc.br

CARTA DE RECOMENDAÇÃO ACADÊMICA

PARTE A (a ser preenchida pelo candidato, após entregue esta folha a um professor de sua preferência).

Nome do candidato: _____

Curso ao qual está se candidatando: **MESTRADO** **DOUTORADO**

PARTE B (a ser preenchido pelo recomendante. As informações serão consideradas de caráter CONFIDENCIAL)
Sr. Professor, desejamos sua opinião sobre o candidato o qual pretende matricular-se em nosso Programa de Pós-Graduação. Solicitamos o favor de nos fornecer dados que nos ajudem a julgar se o candidato faz jus ou não à uma vaga no CURSO DE MESTRADO OU DOUTORADO. Envie esta carta diretamente para a Secretaria de PGMTMPA, no endereço acima.

1. Conheço o candidato desde o ano de _____ como:
Aluno de graduação em disciplinas de _____
Aluno de pós-graduação em disciplinas de _____
Orientador de _____
Outro: _____

2. Por favor, qualifique o candidato, comparando em relação com outros alunos que você conhece, quanto a:

	Muito acima da média	Acima da média	Na média	Abaixo da média	Muito abaixo da média
Formação Matemática					
Capacidade de trabalho individual					
Capacidade intelectual					
Motivação para estudos avançados					
Criatividade					
Iniciativa					

3. Por favor acrescente quaisquer comentários sobre as capacidades do candidato que possam ser relevantes para a sua participação em atividades acadêmicas ligadas à área de Matemática. Use o verso se necessário.

Nome do Professor: _____

Instituição: _____ e-mail: _____

Cargo ou Função: _____ Grau Acadêmico mais alto: _____

Instituição e Ano de Obtenção: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____