



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS BANDAR LAMPUNG**

Jl. Zainal Abidin Pagar Alam No. 89 Telp. (0721) 789825
Fax. (0721) 770261 Bandar Lampung 35142
e-mail : info@ubl.ac.id ; e-mail : pascasarjana@ubl.ac.id

**REKOMENDASI KELAYAKAN AKADEMIK
PROGRAM DOKTOR (S3)**

1. Nama Lengkap : _____
2. Program Studi : _____
3. Pengenalan terhadap Pendaftar : - sebagai mahasiswa selama _____ tahun
- sebagai bawahan selama _____ tahun
- sebagai kolega selama _____ tahun
4. Penilaian akademik terhadap pendaftar untuk mengikuti program Pendidikan

No	Aspek yang Dinilai	Sangat Baik	Baik	Rata-Rata	Kurang Dri Rata-rata
1.	Kemampuan Intelektual				
2.	Pengetahuan tentang Bidang Ilmu				
3.	Kecerdasan Emosi				
4.	Motivasi				
5.	Kesungguhan				
6.	Penyesuaian diri terhadap lingkungan baru				
7.	Kepemimpinan				
8.	Kemampuan bekerjasama dalam Tim				
9.	Kemampuan bekerja secara Mandiri				
10.	Inisiatif dan Kreativitas				

5. Dalam mengikuti program pendidikan diperkirakan pendaftar akan,
 Berhasil dengan memuaskan
 Cukup cakap untuk mengikuti pendidikan
 Memerlukan bimbingan khusus untuk berhasil
6. Apabila terdapat persoalan yang berhubungan dengan kemajuan pendidikan pendaftar,
 Bersedia memberikan pertimbangan
 Tidak bersedia memberikan pertimbangan
7. Identitas pemberi rekomendasi
Nama Lengkap : _____
Jabatan : _____
Alamat : _____

_____, _____, _____, 20____

Tanda Tangan & Nama Terang

Catatan : Beritanda ✓ pada pilihan Anda